

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Medicina Preventiva e Historia de la Medicina



TESIS DOCTORAL

La relación médico-paciente en dos médicos humanistas españoles del siglo XX: Gregorio Marañón y Pedro Laín

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Orlando Enríquez Dueñas

Director

Luis Montiel Llorente

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E HISTORIA DE LA
MEDICINA



**LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
EN DOS MÉDICOS HUMANISTAS ESPAÑOLES
DEL SIGLO XX:
GREGORIO MARAÑÓN Y PEDRO LAÍN.**

Trabajo de investigación que presenta Orlando Enríquez Dueñas para la
obtención del Grado de Doctor

Bajo la dirección del doctor D. Luis Montiel Llorente

DEDICATORIA

A Anabel, colega y compañera también en la ruta de la vida. Gracias por andar conmigo, con tanta paciencia, en el trazado de este nuevo surco.

A mis padres, por haberme animado a ser médico. Mi padre, mucho antes de que yo iniciara dicha andadura médica, leía y subrayaba frente a mí las Obras Completas de Marañón, al otro lado de esa mesa en la que juntos pasábamos silenciosas horas. Su convicción de que tener dichas Obras era como tener un amigo en casa, me ha acompañado todos estos años, comprobando que estaba en lo cierto. Mi madre, experta en el arte de escuchar, me consta que hubiera sido una excelente médica.

A mis pacientes, con el deseo de una mejora constante en nuestra relación clínica, con el fin de alcanzar el máximo nivel de salud posible.

Al Grupo de Trabajo de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, por ser un estímulo constante, en el ámbito de la comunicación clínica.

AGRADECIMIENTOS:

Además de los ya mencionados, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento:

A la Dra. Elisia Rodríguez, por haber sido el puente necesario y facilitador para iniciar la ruta.

A la Fundación Ortega Marañón y, en especial a D^a Carmen Ibáñez, por facilitarme de modo tan generoso, información y mucho del material necesario para este trabajo.

Al Dr. D. Santiago Martínez Fornés, discípulo vivo de D. Gregorio Marañón, por su cordial acogida, su tiempo y sus consejos.

A la Dra. Mónica Lalanda, por ayudarme a hilar fino en la lengua de Shakespeare

Me identifico con mi siempre admirado J.S. Bach, cuando firmaba en sus partituras "S.D.G."
(*Soli Deo Gloria*)

Aclaración: a lo largo de las siguientes páginas, me refiero tanto a "médicos" como a "médicas", "doctores", como "doctoras".

Al no disponer en nuestra lengua de un término neutro para indicar ambos sexos, me he limitado a usar mayoritariamente el término "médico" o "doctor", sin que este uso gramatical esconda ninguna discriminación sexista.

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 12
ABSTRACT.....	Pág. 15
1. OBJETO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Pág. 18
1.1. Introducción.....	Pág. 18
1.1.1. La relación clínica sometida a examen.....	Pág. 20
1.1.2. Los modelos de relación clínica.....	Pág. 22
1.1.3. ¿Cuál es el mejor modelo de relación?.....	Pág. 26
1.1.4. La recuperación de la persona tras el paciente	Pág. 29
1.1.5. Forma y fondo	Pág. 34
1.2. Objeto y objetivos de estudio	Pág. 35
1.2.1. Gregorio Marañón y Pedro Laín	Pág. 36
1.3. Metodología de la investigación	Pág. 38
1.4. Estado de la cuestión	Pág. 44
1.5. Estructura del trabajo	Pág. 45
2. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LA OBRA DE GREGORIO MARAÑÓN	Pág. 47
2.1. Por qué Marañón, una vez más	Pág. 47
2.2. La vocación de y en Marañón	Pág. 49
2.2.1. Génesis de la vocación de Marañón	Pág. 50
2.2.2. La frustración vocacional de Marañón	Pág. 53

2.2.3. Vocación y ética: un ensayo en su contexto	Pág. 56
2.2.4. La vocación del médico, según Marañón	Pág. 62
2.3. Los protagonistas de la relación clínica	Pág. 66
2.3.1. Características del médico	Pág. 66
2.3.1.1. Capacidad moral	Pág. 66
2.3.1.2. Entusiasmo	Pág. 67
2.3.1.3. El deber inventado	Pág. 71
2.3.1.4. Clínica e investigación. Sinergias para disminuir el dolor ...	Pág. 72
2.3.1.5. Avanzando en equipo	Pág. 79
2.3.1.6. Buscando al hombre en la enfermedad	Pág. 81
2.3.1.7. Prevención frente al profesionalismo y el cientificismo	Pág. 85
2.3.1.8. El “anti-cientificismo” generador de ciencia	Pág. 91
2.3.1.9. El peligro del mercantilismo pseudocientífico	Pág. 93
2.3.1.10. La motivación en positivo	Pág. 95
2.3.1.11. La motivación en negativo	Pág. 97
2.3.1.12. Medicina y ¿Algo más?	Pág. 100
2.3.1.13. Modestia. La historia de la Medicina como profilaxis	Pág. 109
2.3.2. El médico general: un pilar asistencial	Pág. 110
2.3.3. El médico de familia. El ámbito rural	Pág. 113
2.3.4. Marañón, médico práctico	Pág. 116
2.3.4.1. Haciendo del <i>cronos</i> , <i>kairos</i>	Pág. 124
2.3.5. La imagen del médico	Pág. 129
2.3.6. Cordialidad médica	Pág. 130

2.3.7. El médico: atento con los cinco sentidos	Pág. 135
2.3.8. Escuchar	Pág. 138
2.3.9. La gestión de la palabra	Pág. 143
2.3.10. La opinión del enfermo ante la experimentación	Pág. 148
2.3.11. Cuestión de confianza	Pág. 149
2.3.12. Recuperando al enfermo	Pág. 153
2.3.13. La biografía del paciente en la historia clínica	Pág. 162
2.4. Luz en el diagnóstico	Pág. 166
2.4.1. La exploración física	Pág. 167
2.5. Marañón como investigador y clínico eminente	Pág. 170
2.6. La historia clínica	Pág. 176
2.7. En cuatro folios	Pág. 183
2.8. Los innecesarios chequeos	Pág. 187
2.9. Su aportación al diagnóstico	Pág. 190
2.10. En busca de la etiología	Pág. 193
2.11. Marañón y la psiquiatría	Pág. 198
2.12. La aportación de Marañón a la teoría de la emoción	Pág. 203

2.13.	Marañón, pionero de la psicoendocrinología	Pág. 206
2.14.	La tipología marañoniana	Pág. 210
2.15.	El tratamiento	Pág. 212
2.15.1.	El dolor pedagógico	Pág. 215
2.15.2.	Prudencia terapéutica	Pág. 222
2.15.3.	Recetar lo imprescindible	Pág. 226
2.15.4.	Contar con el paciente	Pág. 228
2.15.5.	La antesala de la entrevista motivacional	Pág. 232
2.15.6.	El médico como medicina	Pág. 233
2.15.7.	Claridad en la terapia	Pág. 239
2.15.8.	Postrados ante el pragmatismo	Pág. 240
2.15.9.	Entrar en la casa del enfermo	Pág. 242
2.16.	La terapéutica social	Pág. 242
2.17.	La socialización de la medicina	Pág. 253
2.18.	La generosidad transformada en docencia	Pág. 255
2.18.1.	Maestro <i>versus</i> profesor	Pág. 258
2.18.2.	La claridad docente	Pág. 264
2.18.3.	Marañón y la universidad	Pág. 270
2.18.4.	Las aportaciones de Marañón	Pág. 274

3. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LA OBRA DE PEDRO LAÍN ENTRALGO.....	Pág. 276
3.1. La historia como maestra	Pág. 276
3.2. El médico y el enfermo en la Grecia clásica	Pág. 278
3.3. La amistad médica: un elemento esencial desde el principio	Pág. 280
3.4. Fondo y forma	Pág. 281
3.5. La palabra terapéutica	Pág. 282
3.5.1. La palabra que pregunta	Pág. 283
3.5.2. La palabra que prescribe	Pág. 284
3.5.3. La palabra que pronostica. Base del prestigio	Pág. 284
3.5.4. La palabra que ilustra	Pág. 284
3.5.5. La palabra que persuade	Pág. 285
3.6. ¿Todos iguales ante el médico?	Pág. 286
3.6.1. La atención a los esclavos	Pág. 286
3.6.2. La atención a los libres-ricos	Pág. 286
3.6.3. La atención a los libres-pobres	Pág. 287
3.7. El carácter ético de la relación entre el médico y el enfermo	Pág. 288
3.8. El médico y el enfermo en la Edad Media	Pág. 289
3.9. Aportaciones del cristianismo a la relación médico-enfermo	Pág. 290
3.9.1. Enfermedad y pecado	Pág. 292
3.9.2. El <i>ágape</i> : un modo novedoso de amor	Pág. 293
3.9.3. Un nuevo marco de relación entre seres humanos	Pág. 293
3.9.4. La estructura de la relación	Pág. 295
3.9.5. Lo ideal y lo real	Pág. 296

3.9.6. Dos cosmovisiones en tensión: la griega y la cristiana	Pág. 297
3.9.7. Cristianización de los conceptos helénico	Pág. 298
3.10. Los momentos del vector relacional	Pág. 299
3.11. La relación entre médico y enfermo en la Alta Edad Media. El periodo pretécnico	Pág. 299
3.12. La relación entre médico y enfermo en la Baja Edad Media. El periodo técnico	Pág. 302
3.12.1. El momento afectivo. La amistad médica en el Medievo	Pág. 302
3.12.2. La crítica social	Pág. 303
3.12.3. El momento ético – religioso. Regulación estatal	Pág. 304
3.12.4. Medicina versus teología. Surge la mentalidad moderna	Pág. 305
3.12.5. El encuentro entre médico y paciente	Pág. 306
3.12.6. Del monasterio a los burgos. Diferencias sociales	Pág. 308
3.12.7. El momento cognoscitivo medieval	Pág. 310
3.12.8. El momento operativo. Individualización del tratamiento	Pág. 310
3.13. El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX	Pág.311
3.14. La enfermedad y el remedio	Pág. 313
3.14.1. El hospital. Skoda y San Martín	Pág. 313
3.14.2. El domicilio y la consulta privada	Pág. 315
3.15. La rebelión del sujeto	Pág. 315
3.15.1. La rebelión del sujeto a nivel social	Pág. 316
3.15.2. La rebelión del sujeto a nivel clínico	Pág. 317

3.16.	Los momentos de la relación clínica	Pág. 318
3.16.1.	El momento afectivo	Pág. 318
3.16.1.1.	La cordialidad	Pág. 319
3.16.1.2.	Empatía	Pág. 320
3.16.1.3.	Simpatía	Pág. 321
3.16.1.4.	Estructura de la amistad	Pág. 321
3.16.1.5.	La cuasi-diada de la amistad médica	Pág. 322
3.16.1.6.	Amistad plena <i>versus</i> cuasi-diada	Pág. 325
3.16.1.7.	La camaradería médica	Pág. 326
3.16.1.8.	La transferencia	Pág. 328
3.16.2.	El momento cognoscitivo	Pág. 330
3.16.2.1.	Concepción clásica del diagnóstico	Pág. 331
3.16.2.2.	Concepción del diagnóstico como integral o interpersonal ..	Pág. 334
3.16.2.3.	La realidad diagnosticada	Pág. 336
3.16.2.4.	Hacia una epistemología del diagnóstico	Pág. 338
3.16.2.5.	El concepto de diagnóstico. Tipos	Pág. 339
3.16.2.6.	El diagnóstico integral	Pág. 341
3.16.2.7.	La meta del diagnóstico	Pág. 341
3.16.2.8.	La exploración clínica	Pág. 342
3.16.2.8.1.	Exploración del organismo personal	Pág. 343
3.16.2.8.2.	El papel de la mirada	Pág. 343
3.16.2.8.3.	La palabra	Pág. 347
3.16.2.8.4.	El silencio	Pág. 352
3.16.2.8.5.	El paralenguaje	Pág. 355
3.16.2.9.	La anamnesis	Pág. 358

3.16.2.9.1. Anamnesis testifical	Pág. 359
3.16.2.9.2. Anamnesis interpretativa	Pág. 360
3.16.2.10. Palpación	Pág. 362
3.16.2.11. Exploración de la persona orgánica	Pág. 363
3.16.2.12. La inferencia diagnóstica	Pág. 363
3.16.2.12.1. La inferencia tradicional	Pág. 364
3.16.2.12.2. La inferencia informática	Pág. 367
3.16.2.12.3. La inferencia interpretativa	Pág. 369
3.16.2.13. El diagnóstico no integral. Formas deficientes de diagnóstico	Pág. 371
3.16.2.13.1. Deficiencia pragmática	Pág. 372
3.16.2.13.2. Deficiencia forzosa	Pág. 373
3.16.2.13.3. Deficiencia doctrinaria	Pág. 374
3.16.3. El momento operativo	Pág. 375
3.16.3.1. El tratamiento en <i>Medicina e historia</i>	Pág. 376
3.16.3.2. El tratamiento de la enfermedad aguda	Pág. 383
3.16.3.3. El tratamiento en la enfermedad crónica	Pág. 384
3.16.3.4. El tratamiento en la enfermedad de predominio neurótico..	Pág. 389
3.16.3.5. Tratamiento médico y amistad	Pág. 391
3.16.3.6. El momento operativo en su <i>Antropología médica</i>	Pág. 392
3.16.3.6.1. La constelación terapéutica	Pág. 392
3.16.3.6.2. El vector terapéutico	Pág. 394
3.16.3.6.3. Ante la enfermedad aguda	Pág. 396

3.16.3.6.4. Ante la enfermedad crónica preponderantemente orgánica	Pág. 397
3.16.3.6.5. La enfermedad crónica preponderantemente psíquica	Pág. 397
3.16.4. El momento social	Pág. 397
3.16.4.1. Constitución social en el origen de la enfermedadSocialización interna y externa de la relación médica	Pág. 399
3.16.4.2. Socialización interna y externa de la relación médica.....	Pág. 401
3.16.4.3. Los momentos sociales de la cuasi-diada médico-enfermo...	Pág. 403
3.16.4.4. Sanidad para todos. La socialización de la asistencia y los orígenes de la misma.	Pág. 404
3.16.4.4.1. Socialización del enfermo	Pág. 406
3.16.4.4.2. Socialización del médico	Pág. 407
3.16.4.5. La relación entre el enfermo y el médico	Pág. 409
3.16.4.6. Dinero y tiempo: los recursos necesarios	Pág. 410
3.16.5. El momento ético-religioso	Pág. 412
3.16.5.1. Los deberes del médico	Pág. 415
3.16.5.2. Enfermo <i>versus</i> sociedad	Pág. 415
3.16.5.3. ¿Enfermedades o personas enfermas?	Pág. 416
3.16.5.4. ¿Qué le debe decir el médico al paciente?	Pág. 417
3.16.5.5. A la distancia adecuada	Pág. 419
3.16.5.6. ¿Se debe hacer todo lo que se puede hacer?	Pág. 419
3.16.5.7. Cuando las morales chocan	Pág. 420
3.16.5.8. Los ingresos del médico	Pág. 420
3.16.5.9. Deberes del médico	Pág. 421
3.16.5.10. Deberes del paciente	Pág. 422
3.16.5.11. El cimiento religioso del edificio ético	Pág. 422
3.16.5.12. El momento ético en su Antropología para Médicos.....	Pág. 423

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La relación médico – paciente, conocida hoy como relación clínica, viene siendo objeto de estudio empírico en los últimos decenios, ya que algunas variables en la consecución de la salud dependen de que dicha relación sea eficaz. Se conocen diferentes modelos de relación, sin que exista un acuerdo sobre un modelo que supere a todos los demás, de modo definitivo. Por ello consideramos que sigue siendo necesario complementar el avance empírico con una reflexión cualitativa.

OBJETIVOS.

Nos ha parecido oportuno explorar la contribución de figuras sobresalientes en el ámbito intelectual y médico, como fueron Gregorio Marañón y Pedro Laín Entralgo, al ámbito específico de la relación médico – paciente, tal como la denominaron ellos mismos.

En el caso de Marañón, se ha revisado lo que escribió en las *Obras Completas* que Alfredo Juderías recopiló entre 1966 y 1978, ya que en ellas encontramos al “Marañón esencial”, si bien mucha de su obra no está recogida en ellas.

En lo que a Laín Entralgo se refiere, se han revisado sus obras más directamente relacionadas con el tema objeto de nuestro estudio, ya que él lo abordó de manera sistemática, principalmente desde el punto de vista historiográfico.

RESULTADOS

En el caso de Marañón, es de destacar su énfasis en el abordaje global del paciente, en contraposición a la visión excesivamente fragmentada, propia de la especialización; su insistencia en la recogida detenida de los antecedentes y la realización concienzuda de la exploración física; la importancia de la cordialidad del médico, así como de aspectos equivalentes a lo que hoy denominamos empatía, la escucha del paciente, pretendiendo encontrar a este más allá de su propia enfermedad, son aspectos ya señalados por Marañón en su día, que siguen siendo eficaces hoy en día. Todo ello, teniendo en cuenta el modelo paternalista de relación predominante en su época y complementándolo. De igual interés es su llamada a la prescripción prudente. Asimismo, su integración de la investigación y la práctica

clínica, el énfasis en la vocación y su visión particular de la deontología, aunque deben ser analizadas en su contexto histórico. Insistió en no caer en lo que él denominó científicismo, señalando que el avance científico y tecnológico conlleva el riesgo de deshumanizar la medicina, que debe tener como objetivo el alivio del paciente.

Vemos en su obra, en ocasiones, cierta tensión, pretendiendo un equilibrio difícil ante ciertos temas, como el caso de su defensa de la vida humana y su pensamiento eugenésico. También aquí, entender los textos en su contexto, es imprescindible, aunque la tensión persista.

En el caso de Laín, podríamos considerar, en parte, que fue un continuador de muchas de las cosas que Marañón apuntó, al servicio de una medicina antropocéntrica, consiguiendo elaborar finalmente, una antropología médica propia. Su vocación fue teorizante.

En la tesis, hemos analizado el abordaje historiográfico que hace de la relación médico-paciente, ya que Laín pretende elaborar una teoría al respecto, tras el estudio de la historia de la misma. En su obra, notamos un énfasis marcado en que la consideración del paciente vaya más allá de la interacción meramente científico natural. Insiste en la labor de co-ejecución entre ambos protagonistas de la relación, ampliando el concepto ya señalado por otros autores, de “camaradería itinerante”. En ocasiones, percibimos la mirada del filósofo que quiere exponer al detalle todo lo que se mueve en el encuentro clínico. Los mismos ingredientes de la cordialidad, empatía, comunicación verbal y no verbal, paralenguaje, gestión de la información adecuada, aparecen analizados en su obra.

Laín analiza la relación médico – paciente , dividiéndola en diferentes momentos, el afectivo, cognoscitivo, operativo, social y ético-religioso o “ético” a solas, como lo denomina en sus escritos posteriores. En el ámbito de la enfermedad crónica, desarrolla unas reflexiones al hilo de la necesaria ubicación del paciente en la misma. En este sentido, es destacar su idea de que el médico juegue también un papel de “cuasi-creador”, contribuyendo, de alguna manera, al moldeado del paciente en el escenario de su enfermedad. A su vez, el autor señala la necesidad de que el enfermo sea capaz de moldear su situación ante la enfermedad, señalando la importancia de la expresión verbal más como relato que como título.

CONCLUSIONES

A pesar de haber ejercido la medicina en momentos históricos muy diferentes al actual, pensamos que muchas de sus aportaciones siguen plenamente vigentes, como corroboran los hallazgos de la investigación empírica en el ámbito de la relación clínica, aportando una perspectiva cualitativa necesaria.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The *doctor-patient relationship*, currently known as clinical partnership, has been studied in an empirical way in recent decades; it matters since some variables in the pursue of health rely on this relationship being effective. There appears to be different models of relationship, and the absence of an agreement on a model that clearly surpasses all the others. Therefore, we think that it is still necessary to complement the empirical progress with a qualitative reflection.

OBJECTIVES.

We decided to explore the contribution of Spanish medical and intellectual celebrities, such as Gregorio Marañón and Pedro Laín Entralgo, on the specific issue of *doctor –patient relationship*.

In the case of Marañón, we've reviewed his *Complete Works* collected by Alfredo Juderías between 1966 and 1978, since we can study the 'essential Marañón' in there, even if there is only a part of his work on it.

As regards to Laín Entralgo, we have reviewed the areas of his work that are directly related to the subject of our study, which he addressed in a systematic way. We've mainly attempted it from the historiographical point of view.

OUTCOMES

When it comes to Marañón, it seems of particular interest the importance he plays on the global approach to the patient, as opposed to the excessively fragmented vision that medical specialization brings within it. Marañón insists on detailed medical data record and a thorough physical examination; the importance of physician's good bedside manners, as well as aspects equivalent to what we'd nowadays call empathy: listening of the patient or attempting to find the human being beyond their own illness. These are issues that were identified by Marañón at that time and that are still effective today. We obviously need to take into consideration the paternalistic model of relationship predominantly at his time. Is is also highly interesting his call

to a sensible prescription. In addition, his integration of research and clinical practice, the emphasis on vocation and his personal vision on ethics and deontology. Needless to say that all this should be studied within its historical context. He insisted on avoiding what he called scientism, noting that scientific and technological progress carry the risk of dehumanizing medicine. Medicine, he reminds, must be aimed to relieve patients from suffering.

At times, we can observe in his work, some tension, demonstrating a difficult balance in certain areas, such as his defense of human life and his eugenic thinking. Once again, it's paramount to understand the texts in its historical context even if the tension persists.

In the case of Laín, we could consider, that his work was somehow, a continuation of many of the issues that Marañón pursued. Laín aimed for an anthropocentric medicine, finally developing his own medical anthropology. His vocation was theorist.

In our thesis, we have analyzed the historiographical approach that he makes to the doctor-patient relationship. Laín aims to develop a theory in this regard, from the study of this relationship. In his work, we notice an emphasis on considering the patient beyond a merely scientific interaction. He insists on the partnership between both characters in the doctor-patient relationship, expanding the concept of *"traveling fellowship"* already noted by other authors. Occasionally, we perceive his views as a philosopher who wants to expose in detail everything that matters in the clinical encounter. The same ingredients of cordiality, empathy, verbal communication and non-verbal, proper information management, are analyzed in his work.

Laín looks into the doctor- patient relationship , dividing it at different times, (*"momentos"*) the affective, cognitive, operating, social and "ethical-religious" or merely "ethical" appear in his later writings. In the field of chronic disease, this author develops some thoughts about the need for the patient to accept and, in some way, "live in" the illness. Following this same line of thoughts, it's particularly interesting In this sense Entralgo's ideas of the doctor as a *"quasi-creator"*, contributing, in some way, to the shaping of the patient at the centre stage of his own disease. At the same time, he points the need for the sick to be able to shape their own situation when confronted with disease, noting the importance of verbal expression more as a tale than as a title.

CONCLUSIONS

Many have performed an empirical research in the field of clinical relationship. We have provided a necessary qualitative perspective. We can conclude that even if Gregorio Marañón and Lain Entralgo practiced medicine at very different times from the current ones, many of their contributions still resonate strongly at present times.

1. OBJETO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. INTRODUCCIÓN

La vida misma es un conjunto de relaciones. Con nosotros mismos, con nuestro entorno, con el semejante. Tal es el ser humano. Cuando en el horizonte de su existencia aparece la amenaza de la enfermedad, una de las relaciones que se convertirá en capital será la relación asistencial que establezca con aquellos que pueden ayudar a recuperar su situación funcional, lo que supone un abanico muy amplio de actores y escenarios. El ejercicio de la medicina clínica no es una excepción a esto, puesto que se basa en un entramado de constantes relaciones interpersonales¹ (1): Con el paciente, el resto de profesionales (ya sean del equipo más cercano o de otras especialidades), las diferentes instituciones y con el resto de instituciones sociales, ya que, incluso la divulgación de diferentes aspectos de salud pública a través de los medios y redes sociales, juega un importante papel hoy en día, y también son un asunto de comunicación y de lógico estudio continuado por parte de las Ciencias de la Información.

En el ámbito sanitario son, por tanto, muchas las interacciones. El objeto de nuestro estudio tiene que ver de lleno con la relación clínica entre médicos y pacientes, una relación, citando a Borrell, que es : “social de tipo profesional” y como tal, sujeta a los avatares y a la evolución de la propia sociedad. Se trata de una relación compleja, en la que coexisten elementos técnicos, humanos y socio-grupales” (2). Chin comenta:

“La relación médico paciente ha sido asumida desde hace mucho como una asociación y un encuentro honesto entre un experto en medicina y una persona que necesita la asistencia médica. En la última década, los rápidos cambios en el sistema de provisión de atención médica y el clima social, han conducido a una considerable tensión en esta relación. Irónicamente, estos desafíos también han llevado al reconocimiento creciente de la dimensión más profunda de esta relación como una interacción íntima entre dos seres humanos en asuntos de salud, enfermedad y a veces muerte” (3).

Chaitchik et al. señalan: (...) *Entre las relaciones interpersonales, la relación doctor-paciente es una de las más complejas. Involucra una*

¹ Hernández-Clemente, J.C. *Comunicación clínica*. Marnela, 2011. Pág.11

interacción entre individuos que se encuentran en posiciones que no son iguales, no suele ser voluntaria, involucra asuntos de vital importancia, por lo cual se encuentra muy cargada emocionalmente, y requiere de una cooperación muy cercana (4).

Tal y como muchos autores han señalado y estamos experimentando, su evolución en los últimos lustros ha sido espectacular. Lázaro y Gracia, haciéndose eco de Laín, señalan que *“...en las últimas décadas del siglo veinte, la forma de relacionarse lo médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores...”* (5). Históricamente, el modelo de relación fue claramente paternalista, basado en la pretendida superioridad del médico, a quien se otorgaba en ocasiones un papel no muy diferente al del sacerdote, dictando las normas de la terapéutica a seguir al paciente, el cual, a su vez, debía acoplarse en una sumisión obediente a dichos dictados. Fue en la Grecia clásica donde surgió, de la mano de Hipócrates de Cos y Alcmeón de Crotona, la concepción más naturalista del enfermar humano, proponiendo, como tendremos ocasión de comentar, la separación del modelo sacerdotal y mágico de otro que considera que la *physis* tiene sus propias leyes y alteraciones que han de ser conocidas para la recuperación de la salud del paciente. Con todo, a pesar de ese primer avance, durante siglos el modelo relacional es, como decíamos, predominantemente paternalista y el papel del paciente no fue otro que el de responder atentamente a las preguntas del médico, quien dirigía a su vez el minucioso interrogatorio con el fin de etiquetar la noxa amenazante. Las propias interpretaciones del paciente, eran consideradas como impertinentes, puesto que su papel consistía únicamente en contestar a las inquisiciones del galeno, mientras este observaba atentamente el pulso, tomaba nota del curso de las fiebres, examinaba orinas ..., con el resultado propio de la era precientífica, en la que, cuando el médico aparecía, generalmente las cosas se complicaban más, si cabe, obteniendo poquísimas garantías de éxito. Cuando así era, el paciente no tenía más remedio que aceptar resignado su destino. Como mucho, alguno de los intelectuales, como Petrarca, dejaba caer sus ironías sobre el quehacer médico, insinuando que no servían para mucho y que decían obviedades, eso sí: en griego para no ser bien entendidos. Es obvio que todo era fruto de una mentalidad previa a los grandes hallazgos de la ciencia y, aunque no faltaron mentes agudas vislumbrando nuevos paradigmas, que comenzarían a dar fruto principalmente en el s. XIX, hizo falta mucho hasta que la medicina pudiera por fin sentarse en igualdad de condiciones en el banco de las ciencias, junto al resto de las disciplinas. Por fin los médicos comenzaron a llevar la bata blanca, al igual que hacían

quienes trabajaban en el laboratorio, para reafirmar su identidad científica, entre otras cosas (6). Pero en el ámbito de la relación entre el médico y su paciente, durante la mayor parte de la historia, el paciente ha estado sumisamente entregado al sabio interrogatorio del médico. Y el *boom* científico no fue una excepción, incluso, si cabe, promovió a aumentar la distancia entre médico y enfermo. También aquí fue necesario un caldo de cultivo de siglos, para que el paciente fuera tenido en consideración. Tendrá lugar lo que Laín, uno de nuestros autores a estudio, llamará la “rebelión del sujeto”, que, en su faceta clínica, llegó de la mano de Freud, el cual, por primera vez dio importancia al discurso del paciente en la consulta. Otros autores como Von Weizsäcker contribuían, en paralelo, haciendo un llamado a que la medicina, cegada por los brillos de la ciencia, diera un giro en su trato con el paciente en la búsqueda de una medicina antropológica. Eso, en lo que se refiere al ámbito clínico. Porque cuando contemplamos el marco social, también las cosas se han movido muy lentamente a favor del paciente. Sigue siendo llamativo ver que, mientras la carta de Derechos del Hombre y del Ciudadano, elaborada en la Revolución Francesa, data de 1789, no se redactaría la carta de Derechos del Paciente hasta 1973. Toda una constatación de lo que ha costado a los médicos avanzar hacia modelos de relación más basados en que médico y paciente caminen de mutuo acuerdo por la ruta terapéutica. No obstante, como veremos, el clínico sabe que, en ciertas situaciones, médico y paciente han de tocar a dúo la partitura asistencial en tonalidad paternalista.

1.1.1 LA RELACIÓN CLÍNICA SOMETIDA A EXAMEN

A pesar de la antigüedad de la relación clínica, por ser inherente a la propia medicina, ha sido en las últimas décadas cuando, en la sociedad occidental, se ha abordado su investigación de una manera más sistemática, sobre todo a partir de los años setenta del siglo pasado. En nuestro entorno, Bellón y Martínez ya pusieron sobre la mesa un análisis bibliométrico sobre investigación en comunicación y salud en la década de los noventa(7), en el que dejaban constancia de la juventud de este tipo de investigación en ese momento y lo reducido de la producción de originales a nivel nacional, mientras constataban el interés creciente en esta área, especialmente entre el colectivo de los médicos de familia. Ya por entonces nos decían que las materias más estudiadas tenían que ver con la entrevista psicológica, la información-educación de los pacientes y el estrés profesional, y veían cómo se identificaban por entonces algunas

líneas de investigación, como el *burn-out*, la docencia y la validación de cuestionarios, constatando un déficit en el estudio de los pacientes difíciles, los agresivos, la negociación en la consulta y el impacto del acompañante en la misma.

Desde los años 90 se tiene constancia de que una comunicación eficaz entre médico y paciente se relaciona con una mayor satisfacción del paciente, una mayor adherencia a los tratamientos y con mejores resultados de salud en general y de salud psicológica en particular (8–11). Así que, cuando nos acercamos a este tema, nuestras metas van mucho más allá de lo que sería estimular a la adquisición en una serie de habilidades de comunicación por parte del profesional, cosa que, por cierto, se puede aprender y aplicar (9,11), pues nuestras metas contemplan en última instancia la mejoría de la salud del paciente, y, por qué no, del profesional en su ámbito asistencial, lo que está directamente relacionado con una buena comunicación entre ambos.

A nadie se le escapa lo complejo de esta relación asistencial, ya que como muy bien señala Borrell (2), por un lado el mundo en el que esta se desarrolla es cambiante, y no podemos ignorar los vaivenes sociales que condicionan una relación profesional, de modo que cuando médico y paciente están uno frente a otro no están solos, sino que hay muchas dimensiones presentes. Como el autor nos señala “es una relación compleja en la que coexisten elementos técnicos, humanos y socio-grupales” Esto ha sido y sigue siendo algo que hace difícil la investigación en esta área ya que, como refiere Borrell, “demasiadas veces esta relación ha sido analizada con pretensiones proféticas o moralizantes, o con tintes maniqueos, contexto en el que forzosamente aparecen “buenos y malos”, enfoques que lastran la aplicación del método científico en esta área”(2). A continuación, pone como ejemplo los extremos del péndulo que van desde el modelo paternalista, denostado injustamente, ya que es tan solo una parte de lo que tiene lugar en la asistencia clínica, al modelo más centrado en el paciente, en la capacitación del mismo para actuar, aumentando su empoderamiento, vía a través de la cual la comunicación médico – paciente puede contribuir a mejorar la salud de los pacientes² (12). En cualquier caso, se requiere un abordaje que no sea simplificador yendo de un extremo a otro, especialmente cuando se pretende, a través de la investigación, buscar la aproximación a un modelo de relación clínica que sea lo más eficaz posible.

² Citado por Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, 2015, pág.8

1.1.2 LOS MODELOS DE RELACIÓN CLÍNICA

Son varias las clasificaciones al respecto, dependiendo de los autores, aunque todos confluyen en tener en cuenta una serie de variables y perspectivas, según el grado de control que tengan los diferentes actores en el escenario de la relación clínica. Laín, ya en la década de los 60, diferenciaba dos tipos de relaciones: la centrada en el médico y la centrada en el paciente, una relación en la que predominaría la “co-ejecución”³ (13). La primera, como hemos comentado, ha sido la protagonista de la historia y sigue muy presente hoy en día. Es el llamado modelo biomédico tradicional (14,15) y define cuatro tipos básicos de relación médico paciente en virtud de una serie de perspectivas predominantes:

El paternalista, definido por el papel controlador del médico, quien supuestamente motivado por su filantropía, juega un papel más tranquilizador que informativo, sabiendo cómo fomentar los mejores intereses para el paciente. Winnicott subrayaba hace años el doble significado de la palabra *cura*: no solo remedio o resolución de la enfermedad (*cure*) sino también cuidado (*care*), aunque ahora hay una tendencia dicotomizadora. Todavía el lenguaje nos delata cuando, ante enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, insistimos en el control de los pacientes, casi en terminología militar, en vez de en el cuidado de los mismos. Son los ecos del léxico paternalista.

El consumista –informativo, en el que el médico tiene el papel de técnico experto que pone sobre la mesa las múltiples opciones para que el paciente elija, todo ello bajo los propios valores del paciente, quien se hace así plenamente responsable

Centrada en el paciente – deliberativo. En ella, como nos define Ruiz, se propone buscar campos comunes entre médico y paciente, con el fin de encontrar el terreno adecuado para la toma de decisiones. La responsabilidad se vería como algo mucho más compartido y la enfermedad se contemplaría tanto desde la óptica diagnóstica como desde la del paciente.

La perspectiva sistémica. Aquí se da importancia a la comprensión del contexto socio familiar en el que interactúa el paciente. La responsabilidad se compartiría con el tercer agente: la familia.

Esta es la tipología que Ruiz nos presenta. Ciertamente es que, en los últimos lustros, otros ingredientes en los modelos de relación clínica han cobrado un protagonismo condicionante de

³ Concepto ampliamente desarrollado en Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría*. Revista de Occidente. Ediciones Castilla, Madrid, 1964, como tendremos ocasión de exponer

la misma. Nos referimos al **modelo defensivo**, con su cara y su cruz. Junto a ser capaz de grandes proezas, también el ser humano tiende al propio beneficio a costa, en ocasiones, del abuso de los otros, y la medicina, pese a las siempre elevadas expectativas sociales, no ha sido una excepción. Los grandes avances en el terreno de la terapéutica y la entrega sacrificial de millones de profesionales a lo largo de los siglos, han jalonado la historia de la medicina con momentos muy brillantes. Pero hay otras manchas que también han dejado su huella, abusos en la experimentación humana, no sólo en el dramático marco de las guerras, sino que han tenido lugar experimentos relativamente recientes para lo que es la historia, como el de Tuskegee, que llevaron a la formación de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* y la creación del National Research Act y la emisión final del informe Belmont, que continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación, se aseguren que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas. Surgirán, pues, los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (16), quedando protegidos por ley los derechos de los pacientes, especialmente a través del consentimiento informado. Todavía, en 2006, “ayer a última hora”, visto desde la perspectiva histórica, el presidente Clinton se disculparía ante los ocho supervivientes del experimento Tuskegee.

El médico a la defensiva. En nuestras relaciones con los pacientes, pues, surge la necesidad de adecuarse a la ley y de respetar los principios mencionados. Se trata, pues, del modelo defensivo – legal, que le recuerda al médico en su actuación que la sombra de la responsabilidad ante los tribunales está presente si no se ponen los medios adecuados y no se actúa según *lex artis*. De modo que el paciente puede demandar al profesional si los resultados no son los esperados, generando en el modelo relacional el desarrollo de una medicina defensiva que hace que el profesional de la salud recurra en ciertos ámbitos a protegerse detrás de una excesiva petición de pruebas y exploraciones complementarias de dudosa eficacia, ya que muchas de estas se podrían obviar si, sobre el fundamento de una relación de confianza entre médico y paciente, se explica la pertinencia o no de la realización de dichas pruebas en base a la evidencia científica disponible. Cuando esto no es posible porque el marco de actuación no lo permite (urgencias, etc.), se podría afinar mucho más en el diagnóstico y en la petición adecuada de pruebas complementarias si el profesional es un experto en habilidades de comunicación. De hecho, la comunicación es una competencia clínica

fundamental, una especie de competencia “raíl” sobre la que pueden rodar todas las demás. Por el contrario, si falla, se interrumpe muchas veces la llegada al destino de la eficacia clínica.⁴

Modelo consumista. En relación con lo comentado hasta ahora, junto al defensivo, ha surgido en los últimos decenios en nuestro entorno el modelo de relación consumista. Sin duda, en los países más desarrollados, la medicina ha pasado a ser un bien de consumo de los más valorados. Este modelo tiene una clara correlación positiva con la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria. Los impresionantes avances tecnológicos, hacen comprensible la contribución a la mitificación de la medicina que vivimos hoy y que tanto cuesta resituar en la clínica diaria. Tendremos ocasión de comentar, al estudiar a Laín, que pareciera que incluso algunas exploraciones complementarias cobran vida propia, y también esto se suma a la lista de ingredientes que hoy en día está en el menú de la relación clínica. Determinaciones y pruebas solicitadas por unos y ofertadas por los otros, a veces por criterios no estrictamente científicos, sino más bien de satisfacción clientelar. Paradójicamente, los clínicos constatamos con frecuencia que cuanto mayor sea la intromisión en la selva de la alta tecnología, más riesgo hay de que la persona del paciente se pierda. No sólo que literalmente se pierda entre los laberínticos pasillos de los hospitales, sino que la esencia de la persona del paciente, se diluya en la mente del profesional y se convierta en un “caso” más de “esta u otra patología”. El paciente pasa a ser considerado “el usuario” de un sistema, con el riesgo de despersonalización consiguiente. Como recuerda Martínez Leal, *“preocupados por la satisfacción del cliente, se olvidan de la cura del enfermo”*(17), señalando el énfasis desmedido en aspectos administrativos. Por supuesto que la adecuada gestión sanitaria es imprescindible para el uso adecuado de los recursos y constituye una enorme responsabilidad en la que han de estar implicados todos los autores, pero cuando se trata de cuidar de la relación terapéutica, el modelo consumista tiende a poner las cosas en una tesitura difícil.

El usuario como juez. Aquí conviene matizar algunos aspectos, ya que no queremos simplificar cuando hablamos de satisfacción clientelar como algo que puede distorsionar siempre la relación clínica. Cuando pensamos en sistemas de salud públicos como el nuestro, aunque se escape de nuestro marco conceptual principal, la evaluación de la calidad percibida por parte de los usuarios del sistema de salud sigue siendo algo fundamental. Sería, en parte, como la versión social de la medicina centrada en el paciente. Es cierto que cuando esto se hace así, al evaluar la calidad del servicio, como nos recuerda Lorient (13), el usuario pasa a ser juez y por tanto un elemento angular en la organización sanitaria (18–20) No hemos de

⁴ Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica...* pág. 20

olvidar que son numerosos estudios que relacionan bastante bien la calidad del servicio con la satisfacción del paciente (21,22) . Esto implica, como es lógico, múltiples dimensiones que se tienen en cuenta a la hora de la evaluación del individuo (23,24) y confluyen en la constante comparación entre las expectativas del paciente y la percepción del servicio que finalmente recibe (25–28). Y, desde luego, una parte fundamental en dicha satisfacción tiene que ver con la relación que se establece en el encuentro clínico.

Otras tipologías de la relación clínica. Vista la importancia de la misma, puede ser de interés la revisión de Cofreces *et al* (29) con respecto a otras clasificaciones de modelos relacionales que podríamos considerar complementarias, aunque tienen aspectos comunes a las señaladas por nosotros aquí. Atendiendo al criterio dinámico del grado de cooperación entre médico y paciente, Rodríguez Silva (30) propone:

- **Relación activo-pasiva**, siendo esta su forma de denominar a un modelo paternalista en el que el paciente no tiene capacidad de decisión.
- **El de cooperación guiada**, en el que el médico hace las veces de consultor, pero será el paciente quien tenga la última palabra.
- **De participación mutua**, que sería equiparable al comentado anteriormente de generación de alianzas entre médico y paciente.

Otros autores, como Hernández Torres y colaboradores (31), describen cuatro modelos de comunicación en la relación médico – paciente, que implican estilos de comunicación entre ambos actores sociales, según se ponga el foco en el médico, en el paciente o en el sistema que le rodea. De hecho, dos de los modelos que proponen podrían simplificarse en uno, en especial al que hace referencia al médico, ya que señalan, por un lado, el modelo de las tres funciones del médico, según el cual tiene que entresacar la información, responder a las emociones del paciente y educar e influenciar la conducta del mismo para su mejor manejo y, por otro lado, el modelo del autoconocimiento del médico: parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede hacer más eficaces sus encuentros clínicos. Y es que para establecer una relación humana de calidad, asunto al que aspiramos siempre en el binomio médico-paciente, el médico debe cultivar la capacidad de conocerse, tanto a nivel de sus motivaciones como de sus propias emociones, aspecto relacionado con la eficacia clínica, como Borrell y Epstein han puesto de manifiesto en su modelo emotivo racional, en el que el médico debe aprender la difícil tarea de navegar a

través y a pesar de las emociones que aparecen en el encuentro clínico (32,33). El segundo de los modelos pondría la atención en el paciente, en el que se ha de tener en cuenta el significado de la enfermedad para él, partiendo de su propia experiencia, lo que requerirá un esfuerzo por parte del profesional para llegar al mundo vivencial del paciente. Por último, el modelo de relación que contempla el abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente, desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas.

1.1.3 ¿CUÁL ES EL MEJOR MODELO DE RELACIÓN?

La construcción del adecuado modelo, basado en el hecho de que médico y paciente se alíen de común acuerdo en la terapéutica, sigue siendo, pues, todo un reto a pesar de que la investigación empírica ha demostrado que, cuando el modelo está más centrado en el paciente, ciertos resultados en salud mejoran, al menos en satisfacción y en adherencia al tratamiento. Cófreces (29), en su revisión sobre lo publicado en el ámbito de la comunicación clínica en veinte años en la sociedad occidental, constata cómo los cambios sociales han influido en el desarrollo de un modelo más centrado en el paciente, justamente, coincidiendo con la preponderancia de movimientos sociales que defienden los derechos y la autonomía del paciente (34,35). Una vez más, lejos de ser una isla, la consulta médica es permeable a su entorno social, como si de un proceso de ósmosis constante se tratara. Estos autores, tras la exposición de las diferentes tipologías ya mencionadas, concluyen que se observa en lo publicado una correlación positiva entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos, siendo llamativo que no haya encontrado un tipo de relación clínica que sea claramente mejor que otra. Lo decisivo sigue siendo el buen manejo de las habilidades comunicacionales del médico en la entrevista, en especial la escucha activa, llevar a cabo una consulta centrada en el paciente que permita un mayor proceso de negociación y una consideración ampliada de la comunicación. Para los biólogos estructuralistas Maturana y Varela, la escuela de Watzlawick y la escuela de Palo Alto, la comunicación no consiste tanto en “algo que se comunica”, como lo que pasa con los que interaccionan a consecuencia de la interacción⁵. Así que es clave trabajar la interacción, más que la transmisión de información. Queda pendiente, sin embargo,

⁵ Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica...* pág. 6

investigar más las habilidades comunicacionales del paciente, no solo del profesional, ya que pesan más en el proceso asistencial de lo que los clínicos estaríamos dispuestos a admitir (36).

La investigación en esta área se ve, pues, dificultada por las múltiples dimensiones de la relación clínica que complican a veces el análisis, dependientes del médico, paciente, sistema de salud y del tipo de enfermedad. Incluso el mismo entorno en el que tenga lugar la atención sanitaria y las infraestructuras adecuadas afectan al grado de satisfacción del paciente. Sin embargo, la relación con el médico sigue siendo clave, así como el modelo relacional centrado en el paciente. En lo que se refiere a la adherencia terapéutica, en la revisión de Cófreces se señala un abandono mayor del tratamiento en sistemas en los que predomina una atención centralizada, alta demanda, poco personal, largas esperas y una atención menos personalizada (37–39); en cuanto a los procesos crónicos, dicha revisión señala que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de salud, son variables que contribuyen a la adherencia al tratamiento (40–43). El meta-análisis de Foot *et al* ha puesto de manifiesto lo determinante que es explorar las creencias de los pacientes con respecto a la medicación prescrita, tanto para constatar la necesidad que perciben de tomarla como sus preocupaciones en torno a los efectos secundarios. Estos dos aspectos influirán de manera decisiva en la adherencia al tratamiento (44) y solo se puede hacer en el marco de una relación clínica adecuada.

Cierto es que en las publicaciones se constata como limitación el hecho de que, en general, se reduce el cumplimiento terapéutico al aspecto farmacológico, cuando este es solo una parte del mismo, quedando aún pendiente de estudiar en mayor profundidad una adherencia que tenga en cuenta lo ocurrido con los estilos de vida. Con todo, los factores que más influyen en el paciente para su adhesión al tratamiento son: la relación que establece con el médico (vínculo de máxima importancia terapéutica) y que la organización de la salud permita una accesibilidad para la atención sanitaria(29). La investigación debe avanzar para investigar en los factores decisivos de la relación médico paciente, tales como el contexto sanitario, los factores personales, comunicacionales, el papel que desempeñan las familias, y el impacto de las peculiaridades culturales, generadoras de expectativas muy diferentes.

En cualquier caso, esta característica multidimensional inherente a la relación asistencial es lo que hace que tengamos dificultades a la hora de inclinarnos, de modo definitivo, a favor de un modelo en detrimento de otro. Torío (14,45) describió en su momento cómo, en las

entrevistas clínicas, los médicos alcanzan mejor los objetivos referentes al aspecto biológico de la enfermedad, tanto en la fase exploratoria como en la resolutive, constatándose, sin embargo, una escasa orientación y menor valoración de la consulta centrada en el paciente. Curiosamente, en un trabajo realizado entre pacientes, estos mismos mostraron poca preferencia por modelos de entrevista más deliberativos (46), mientras decían estar satisfechos con los médicos de atención primaria. Él mismo se hace eco de cómo Winefield et al señalan que la orientación más centrada en el paciente genera una mayor satisfacción, pero en consultas que denominan psicosociales, no siendo así en las consultas simples o complejas (en las que el problema es múltiple o hay cierta tensión en la relación médico-paciente). También nos señala cómo la mayoría de estudios del grupo de McWhinney, muestran que en procesos crónicos y con un componente psicosocial, es más satisfactorio para el paciente un modelo centrado en el paciente y no directivo, en contraposición al modelo biomédico tradicional (47–53). Es interesante que Savage y Armstrong encontraran, por el contrario, que ante problemas físicos agudos, los pacientes estaban más satisfechos si los médicos habían sido más directivos, sin objetivar diferencias en el grado de satisfacción en los pacientes ante problemas crónicos y psicosociales (54). Cuando buscamos, pues, cuál es el mejor método de relación médico-paciente, Torío nos señala a Borrell, cuando este recuerda que tal vez lo mejor sea ser un médico práctico con la flexibilidad suficiente como para adaptar la forma de entrevistar, informar e implicar a las circunstancias personales del paciente y de su proceso (55).

Más recientemente, Ruiz Moral (15) señala que la evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos (56–59) y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas. En cualquier caso, el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica.

1.1.4 LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA TRAS EL PACIENTE.

En este sentido, en los últimos años y siempre de manera recurrente, se vuelve a insistir, en el ámbito de la relación asistencial, en la necesidad de que el médico tenga en cuenta la totalidad de la persona del paciente, procurando mantener la relación médico – paciente en un marco humanista en el que terapeuta y enfermo se encuentran y aquel amplía las fronteras del “caso interesante de esta u otra patología” para redescubrir a la totalidad de la persona que, como nos recuerda Borrell, se esconde detrás del paciente. Son las viejas verdades que requieren énfasis renovados. Laín se dedicó al estudio de la Historia, convencido de que el médico contemporáneo vería que muchas de las preguntas de hoy se encuentran respondidas en el ayer histórico. Porque si echamos un vistazo atrás, zambulléndonos en la consideración de épocas lejanas, observamos que esto ya se había apuntado en las culturas más antiguas. En el prólogo al libro de Ruiz Moral sobre comunicación clínica, Juan Enrique Mezzich propone una especie de andamiaje conceptual para resituar el marco en el que se mueve la comunicación clínica. Se trata, tanto a nivel epistemológico como filosófico, de la medicina centrada en la persona. El autor señala que las raíces más tempranas de la misma podrían encontrarse en civilizaciones orientales como en China o la Ayurvédica (60), así como occidentales (particularmente en la antigua Grecia) (61), con su tendencia a conceptualizar la salud amplia y holísticamente⁶. Se olvida señalar la influencia semítica, que tendremos ocasión de mencionar al abordar la obra de Laín en este aspecto, quien de la mano de Zubiri, nos recordará la importancia de la consideración personalista y ética del mundo semítico⁷. En definitiva, son ideas que ya recogió la OMS desde 1946, al mencionar la salud, no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el estado de completo bienestar físico, emocional y social.

El grado tan elevado de desarrollo tecnológico aplicado al ámbito de la medicina, fascinante en un sentido para quienes trabajamos en clínica, ha traído consigo una fragmentación de la atención sanitaria, amén de una comercialización, como el propio Mezzich apunta y todos constatamos en nuestro entorno sociocultural. La, en un sentido, necesaria super-especialización ya es un hecho, pero puede amenazar la relación entre médicos y pacientes, en especial el apuntar hacia la promoción de la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada. El especialista del segundo nivel asistencial atiende con rigor la parcela en la que sus servicios son requeridos, muchas veces apareciendo de manera puntual en la

⁶ Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica...* pág. 11

⁷ Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado*. Ed. Toray, Madrid, 1961. Pág. 19

trayectoria vital del paciente, haciéndolo como un técnico altamente cualificado que contribuye a arreglar un problema, tal vez a través de un ingreso hospitalario del paciente a quien posteriormente se dará de alta y a quien, como mucho, se seguirá en consultas externas un tiempo. Tan sólo en el caso de los pacientes con patología crónica, dicho especialista interactuará con mayor frecuencia y entonces se podrá establecer una relación clínica más profunda. En cuanto a las especialidades quirúrgicas, recientemente y en un marco divulgativo, el neurocirujano Henry Marsh mencionaba que *“como cirujanos, nuestro mayor logro es que nuestros pacientes se recuperen por completo y se olviden para siempre de nosotros ... nuestro mayor éxito es que los pacientes regresen a sus hogares y continúen con sus vidas...”* (62). Hay que entender esto en su contexto literario, ya que, por supuesto, que muchos cirujanos habrán de hacer un seguimiento más continuado del paciente, pero, evidentemente, su praxis, resolutive como pocas, tiende al encuentro puntual.

Por eso es en ámbitos de atención más continuada, ya sea en consultas externas o, sobre todo en el ámbito de la atención primaria, donde la relación de confianza entre médico y paciente suele ser más profunda. Con todo, se requiere ser un especialista en este primer nivel de atención, para manejar el timón de una nave que nos lleva constantemente al contacto con multitud de personas y de situaciones, muchas veces en condiciones que están lejos de ser adecuadas. No en vano, junto con especialidades en el área de la salud mental, la de Medicina Familiar y Comunitaria es la única que contempla formación en el área de la comunicación asistencial, con el inicio de la adquisición y fortalecimiento de habilidades que tal y como señala el Consenso de Toronto (8), se pueden aprender. Pero la Atención Primaria tiene también sus retos y esta sociedad tan líquida, en términos de Bauman, puede seguir contribuyendo a que fácilmente se diluya la persona del enfermo. Cuando por ejemplo, el debate gira en torno a la rentabilidad de la asistencia sanitaria, necesario si queremos que el sistema siga siendo sostenible, la persona y su relato deben recuperar el protagonismo que merecen, ya que los protocolos y la insistencia en el cumplimiento de las carteras de servicios pueden, de nuevo, hacer que en un afán por registrar los datos, el paciente otra vez se nos pierda. Yendo aún más allá, como señalan Martínez y Leal (63), ha que *“conjugar el problemas de los no siempre fáciles equilibrios entre los beneficios de la medicina basada en la evidencia y los efectos indeseables de una imposición rígida de sus principios, así como de los protocolos, guías médicas y normas oficiales, cuando entorpecen, en lugar de favorecer, el quehacer clínico”* En el XXIV Congreso de la SOMAMFYC, que tuvo lugar en abril de 2015, en Madrid, se citó a Iona Heath, médica general británica, colaboradora habitual en el British Medical Journal y

presidenta del *Royal College of General Practitioners* durante unos años, quien ha desempeñado una considerable influencia moral en el ámbito de la Atención Primaria:

“las líneas de nuestra atención médica parecen, cada vez más, productos de protocolos empíricos cuya naturaleza hace que se considere a los pacientes unidades estandarizadas de enfermedad. Estos protocolos no dan cabida al relato de cada individuo, a los valores, aspiraciones y prioridades de cada persona diferente y a la forma en la que estas cambian con el tiempo ... Un caminante, un guarda forestal un granjero, un naturalista o un artista, ven cosas diferentes cuando miran un árbol. Si miras a un ser humano como un médico, un amigo o un empleado , ves cosas diferentes en su persona. Como médicos, en especial como médicos generales, queremos enriquecer nuestra mirada y hacerla tan grande como podamos , porque necesitamos tantas perspectivas como seamos capaces de reunir.”

Decenios antes, Marañón nos dejó claro que la úlcera de estómago no es igual en el campesino que en el filósofo⁸ (64). Volviendo a Mezzich, nos recuerda cómo, desde el siglo pasado, se han ido promoviendo iniciativas en este sentido, destacando en este sentido el papel del médico suizo Paul Tournier, cuando publicó en 1940 su *Medicina de la persona* (65) y señaló el valor transformador de las experiencias críticas interpersonales, teniendo en cuenta la totalidad de la persona con todo su entramado biológico, psicológico, social y espiritual en relación con la salud. En la misma dirección fueron Carl Rogers, el psicólogo norteamericano pionero en la comunicación abierta y en empoderar a los pacientes para el desarrollo de métodos de terapia, consejería y educación centrados en la persona⁹ así como el planteamiento de organizaciones globales médicas y de salud, como la Asociación Médica Mundial en su Declaración de Helsinki¹⁰ , la OMS, que sigue ubicando, a la persona en particular y al grupo social en general, como centro de la atención a la salud, tal como vimos en la Asamblea General

⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos*. 2ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1946. OC, IX, p 321-390, pág. 347

⁹ Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica...* pág.12

¹⁰ <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

de 2009¹¹, u otras como la Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA), señalando un interés claro por el concepto de persona, enfatizando ciencia y humanismo (66).

Esta medicina centrada en la persona, sería, en palabras de Mezzich, una promoción de una medicina *de, para, por y con* la persona, definiendo sus conceptos claves como: compromiso ético, marco holístico, sensibilidad cultural, matriz relacional, atención individualizada, sistemas de salud centrados en la gente y educación e investigación en salud centradas en la persona¹². Borrell nos recuerda que, al hablar de empatía, esta “no solo debe verse como algo instrumental, sino como apertura a la persona que se esconde detrás del paciente, para dejarse sorprender por su forma de vivir y por las mil y una maneras con las que ha sorteado los retos de la vida”.¹³ Muchos de los conceptos que se manejan en la comunicación clínica en este sentido tienen su deuda con el personalismo, esa corriente filosófica que considera a la persona como un caso único, como alguien dotado de un valor insustituible que le hace sujeto¹⁴. El clínico, como señala el mismo autor, observa las vidas de los pacientes desde una especie de mirador, casi siempre en los momentos de crisis que trae consigo la enfermedad, y tiene que instalarse en el respeto ante la persona que tiene delante, consciente de la dificultad de vivir la vida y también de la asimetría inherente a la relación clínica, porque conlleva una relación de poder, al ser el médico el portador de la capacidad técnica para guiar en la ayuda en dicha crisis¹⁵. Al fin y al cabo, de medicina sabe más el médico, quien podrá complementar con su conocimiento, la información que le da el paciente. Berger y Luckman lo explican así:

“En la vida cotidiana, el conocimiento aparece distribuido socialmente vale decir, que diferentes individuos y tipos de individuos lo poseen en grados diferentes. No comparto en la misma medida mi conocimiento con todos mis semejantes y tal vez haya cierto conocimiento que no comparto con nadie. (...) La distribución social del conocimiento de ciertos elementos que constituyen la realidad cotidiana puede llegar a ser sumamente compleja y hasta confusa para el que

¹¹ <http://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/es/>

¹² Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica...* pág. 12

¹³ Borrell –Carrió, F. *Práctica Clínica Centrada en el paciente*, Triacastela, Madrid ,2011 , pág. 39

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Op.cit.* pág. 41

mira desde afuera. No sólo carezco del conocimiento que se supone necesario para curarme de un malestar físico, sino que tal vez carezca hasta del conocimiento para discernir, de entre una desconcertante variedad de especialistas, cuál es el más indicado para tratar mi dolencia. En estos casos, no solo me hace falta una opinión autorizada, sino también una opinión previa acerca de cuál es la opinión más autorizada” (67).

Esto siempre es de especial relevancia en un ámbito como el de la medicina, donde se conjugan la ciencia y el humanismo en un ensamblaje que ha de ser equilibrado, no exento de tensiones, ya que desde la filosofía exclusivamente materialista, las sensaciones del paciente pierden valor respecto a la objetividad de los signos físicos, lo que contribuye a que la actitud del médico ante el paciente sea de predilección de la medicina positivista por los hechos y los signos físicos trayendo como consecuencia un completo desinterés por todo aquello que está en relación con las emociones y el mundo del paciente¹⁶. (68) Este sería un extremo. El otro, olvidarse de nuestro compromiso con la adopción del método experimental, la búsqueda de las etiologías y los mecanismos de acción, como sugiere Bunge, quien opta porque el médico se identifique con un materialismo emergentista y sistémico¹⁷. Es Diego Gracia quien abunda en todo esto, en el marco del estudio de la bioética, cuando, para hablar de la importancia de los valores, recuerda precisamente las limitaciones del paradigma positivista heredado desde el s. XIX:

“El positivismo del siglo XIX nos convenció a los profesionales de la salud de que la medicina no podría ser científica hasta que no se atuviera de un modo riguroso y estricto a lo que el fundador del movimiento, Augusto Comte, llamó, en frase espléndida, “el régimen de los hechos”. La medicina, pues, no tiene que ver con emociones ni con valores sino con hechos, solo con hechos”.¹⁸

¹⁶ Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. Gargantilla Madera, P. y Bandrés Moya, F. (Coordinadores de la monografía) *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI* Colección Docencia Universitaria. Serie Humanidades médicas.. Fundación Tejerina. Unidad Docente , Edita: ADEMAS Comunicación Grafica, Madrid 2008. Pág. 16

¹⁷ Bunge, M. *Filosofía para médicos*. Editorial Gedisa. Barcelona 2012, pag. 216

¹⁸ Gracia, D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Ed. Triacastela, Madrid, 2ª Ed, 2007. Pág 97

Para él, todo esto ha cambiado drásticamente en el día de hoy y humanizar la medicina requiere tener en cuenta los valores para que no sea técnicamente muy correcta pero deshumanizada. Gracia lo menciona de cara a insistir en el importante elemento bioético. Una vez más, la importancia de la persona en el centro de la atención.

1.1.5 FORMA Y FONDO.

Como hemos señalado y ha de ser tenido en cuenta, la investigación en el área de la relación clínica ha sido predominantemente empírica, en busca de modos y maneras que hagan más eficaz la relación clínica. Ya hemos comentado que la investigación es compleja por su multidimensionalidad y su abordaje científico sigue presentando dificultades. En su revisión de la literatura al respecto, Cofreces cita a Ruiz Moral para señalar que sigue siendo necesario continuar con el diseño y desarrollo de investigaciones que identifiquen los diversos factores que muestran una influencia decisiva en la relación entre médico y paciente. Entre dichos factores, destacan, por ejemplo: el propio contexto sanitario, los factores personales, comunicacionales, la relación continuada en el tiempo, el papel que los pacientes dan a sus familias, y en especial las peculiaridades culturales y las diferentes expectativas de los pacientes frente al médico (29,69).

Por otro lado, el énfasis empírico así como la búsqueda de soluciones al problema de la calidad en la comunicación que subrayen aspectos más formales, podría hacer que nos olvidáramos del fondo. Ya hemos apuntado algunas de las bases filosóficas de donde se parte en modelos centrados en la persona del paciente, pero una posible búsqueda del pragmatismo a todo costa podría conllevar el riesgo de encaminarnos hacia un tipo de simplificación en el abordaje de la relación clínica. Es Martínez Leal quien señala :

“Cuando las soluciones apuntan hacia la elaboración de guías, patrones o normas para indicar al médico cómo efectuar la entrevista con el paciente y a la búsqueda de formas eficientes y rápidas para mejorar las destrezas comunicativas de los médicos (70); a establecer los tiempos justos (los mínimos posibles) a los que puede constreñirse la relación médico-paciente (71), aun cuando esto vaya en contra de los deseos y de las necesidades tanto de los pacientes como de los médicos (72); a la incorporación de recursos electrónicos para el manejo de los registros

(73), y a muchos otros asuntos más que se ocupan de “la forma” (cómo hacerlo) más que del “fondo” (lo que hay que hacer). Sin descartar el valor de las soluciones prácticas, el problema al que queremos apuntar es que en el intento de dar con el “cómo” parece haberse perdido el rumbo hacia el “qué” es lo que constituye la verdadera calidad clínica (y no sólo administrativa) de la atención” (63).

1.2 OBJETO Y OBJETIVOS DE ESTUDIO

Con todo esto en mente, es necesaria la búsqueda constante de posibles referentes que contribuyan a ampliar y/o consolidar el espectro cualitativo ante el encuentro clínico y, en este sentido, la reflexión sobre la Historia de la Medicina puede tener un enorme potencial pedagógico.

Si bien en el terreno de los avances científicos y tecnológicos las teorías de ayer pueden quedar obsoletas hoy (el médico comprueba a lo largo de su propia vida asistencial la velocidad vertiginosa con la que caducan sus conocimientos y cómo a esa misma velocidad ha de adecuar su formación continuada), otros aspectos de índole filantrópica y cualitativa pueden permanecer en el presente como relevantes, a pesar de que el contexto social en el que paciente y médico se desenvuelven siga siendo determinante. O ciertos paradigmas, tan denostados hoy como consecuencia del consenso social, como por ejemplo el modelo de relación paternalista, siguen siendo un ingrediente en el amplio abanico en el que nos movemos hoy en relación a nuestros pacientes, tal y como muchos de los estudios mencionados muestran.

Siendo la relación asistencial, como se ha dicho, objeto en sí misma de estudio en los últimos decenios, notamos esta necesidad de entrar en el fondo mientras sigamos estudiando la forma. Por otro lado, pudiera ser que en nuestro entorno inmediato, la relación con nuestra Historia y en esto incluimos a las figuras históricas que nos precedieron, oscile entre extremos que finalmente contribuyan a padecer lo que Laín llamaría “escotomas noéticos”: sencillamente, a desconocerla. Comprobar si esta sospecha es cierta o no supondría otra investigación fuera de los límites de nuestro trabajo. Pero sí es cierto que en las diferentes publicaciones sobre la relación asistencial, nos ha parecido llamativa la escasa referencia en este asunto a autores españoles de alto

relieve intelectual en nuestra historia reciente, que tuvieron un marcado impacto social y que han reflejado en sus escritos muchos aspectos de índole cualitativa en el área concreta de la relación clínica. Por eso hemos creído pertinente asomarnos a la obra escrita de dos médicos de muy marcado perfil humanista que tuvieron un papel protagonista en la historia intelectual de la España del siglo XX (ni mucho menos fueron los únicos) con el fin de buscar en ella lo referido específicamente a la relación clínica. Porque ellos sí dejaron escrito bastante al respecto y, en uno de los casos, la relación médico-enfermo fue objeto repetido de estudio. Ellos denominaron el tema como “relación médico-enfermo” o “relación médico-paciente”, razón por la que así la denominaremos nosotros frecuentemente.

1.2.1 GREGORIO MARAÑÓN Y PEDRO LAÍN

En particular, nos referimos a la obra de Gregorio Marañón y Posadillo (1887-1960) y a la de Pedro Laín Entralgo (1908-2001), como indicamos, dos figuras muy sobresalientes en el ámbito intelectual y médico, uno eminentemente práctico en el terreno asistencial y figura referente a nivel nacional e internacional y otro más teórico, ambos cubriendo el espectro cronológico del siglo XX en España. Mientras Marañón nacía en las postrimerías del XIX, Laín nos abandonaría en los albores del XXI, cuando ya la investigación sobre la relación clínica llevaba unas décadas de recorrido. Ambos se conocieron y sin duda el peso del primero influyó en el segundo ya que, de hecho, Laín dedicó bastantes páginas a interpretar la vida, persona y obra de Marañón. De hecho, López Vega, un estudioso de la obra y vida de Marañón, en su imprescindible revisión de la bibliografía del mismo, no duda en decir que la obra de Laín *Gregorio Marañón. Vida, obra y persona*, es “el ensayo biográfico más interesante desde una perspectiva estrictamente historiográfica” y que en ese trabajo “Laín penetró en el pensamiento y la personalidad de Marañón con indudable sagacidad”. Añade: “este breve ensayo es, ciertamente, muy sugestivo y, a pesar de contar ya tras de sí más de tres décadas, constituye la aproximación más certera a Marañón como pensador y personaje histórico”(74). En otras ocasiones, encontraremos al propio Laín dedicándose a poner el foco sobre la propia relación médico-enfermo en la obra marañoniana (75,76)

Estamos de acuerdo con los autores que señalan la escasez de publicaciones editadas en la actualidad sobre Marañón. Sin embargo, hace ya varias décadas que sus

extensas e interesantes obras completas dejaron de editarse y son pocas las que se continúan editando. Esto dificulta que las nuevas generaciones puedan conocer la obra de un autor que seguimos considerando imprescindible¹⁹ (68). Por eso, en este trabajo nos hemos propuesto analizar, principalmente, lo recogido en una parte esencial de su obra y que tiene que ver con los ingredientes que se cocinan en la relación asistencial entre médico y paciente. En muchas ocasiones, Marañón comenta explícitamente aspectos relativos a la misma, a cómo ha de ser el médico, qué se espera del paciente y del encuentro entre ambos. En otras ocasiones, el tema está más implícito al hilo de comentarios que hace en otros ensayos, prólogos, conferencias o discursos. Hasta donde conocemos, a pesar de lo mucho que se ha escrito sobre la figura y obra de don Gregorio y habiendo destacado muchas de sus características en su infatigable labor de médico asistencial, destacando su compromiso con una medicina humanista, no se han hecho estudios que aspiren a agrupar todo lo dicho por nuestro autor en torno al tema específico de la relación clínica, a la luz del planteamiento actual de la entrevista clínica. Nuestro objetivo es poner sobre la mesa los principales elementos que Marañón apunta, e ir comprobando de qué manera, a la luz de lo que hoy se va descubriendo empíricamente, podríamos decir que sus propuestas siguen vigentes o no.

Por otro lado, cuando uno se acerca a la abrumadora obra de Marañón, máxime si se hace desde la labor clínica, no puede por menos que preguntarse si lo escrito correspondería a su vivencia o si tal vez habla desde el terreno utópico. No es lo mismo escribir lo que debería ser, que hacerlo. Por eso, siendo algo que se aleja del objetivo central del tema, no nos hemos resistido a asomarnos a lo que él hacía en la práctica, para lo cual hemos recurrido a los comentarios de quienes trabajaron a su lado, en algún caso, todavía recogiendo el testimonio de primera mano²⁰. Aquí nos topamos con la limitación que supone saber que quienes hablaron de él, no fueron otros que sus discípulos o biógrafos, quienes adoptaron un tono generalmente laudatorio. Una personalidad como la suya, inserta en el ámbito en el que le tocó vivir, rara vez fue criticada en su quehacer clínico, dejando al margen el resto de múltiples aristas de su personalidad, por lo que muchos de los comentarios a los que hemos recurrido para

¹⁹ Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. Gargantilla Madera, P. y Bandrés Moya, F. (Coordinadores de la monografía) *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI ...* pág. 8

²⁰ Don Santiago Martínez Fornés, uno de los discípulos directos vivos de Gregorio Marañón tuvo a bien recibirme en su domicilio el 18 de noviembre de 2015, facilitando datos de sumo interés sobre el quehacer de quien fuera su maestro.

asomarnos a su propia praxis, tienen un tono panegírico y como tales han de ser tomados. No obstante, estos testimonios son bastante numerosos y traspasaron muchas fronteras, de modo que, aún conscientes de dicha limitación, es posible que hubiera motivos para subrayar tan favorablemente la labor de Marañón.

En el caso de Laín, como tendremos ocasión de comentar, en la obra considerada al respecto, predomina un contundente énfasis reflexivo, historiográfico y teórico, como corresponde al historiador de la Medicina que fue. Él dijo repetidamente que partiendo del estudio de la historia, se pueden encontrar muchas de las claves para el médico práctico de hoy. Laín dedicó mucho esfuerzo, plasmado en abundantes páginas, al tema concreto de la relación médico-enfermo y tampoco conocemos estudios que se hayan detenido a analizar el contenido a la luz de lo que hoy se persigue y se considera eficaz en la asistencia médica, si bien, su obra ha sido analizada desde un ángulo antropológico. Esto es esperable si se tiene en cuenta que uno de los objetivos que nuestro autor confesó haber tenido, fue el de tener elaborada una antropología médica. Su obra cumbre al respecto será objeto de nuestra consideración también.

Así pues, lo que pretendemos, lejos de un análisis crítico, es evidenciar lo que sobre la relación clínica estos autores dejaron dicho, contribuyendo así a enriquecer ese fondo cualitativo cuya necesidad se sigue demandando, de modo que nuestro trabajo pueda ayudar, en el ámbito de la investigación en este área, a tener en cuenta no sólo el “cómo” sino el “rumbo hacia qué”.

1.3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En el caso de la obra de Marañón, el objeto principal de nuestro estudio se ha circunscrito al análisis parcial de la obra de nuestro autor, en particular lo contenido en los diez tomos de las denominadas *Obras Completas* que Alfredo Juderías recopiló al poco del fallecimiento de nuestro autor y que saldrían a la luz entre 1966 y 1978. Es obvio que en esa época y contexto, la forma de trabajar y recopilar la bibliografía no era la de ahora. De hecho, si quisiéramos tener una idea de toda la obra de Marañón, tendríamos que ampliar las fronteras, ya que mucha de su labor quedó dispersa y no ha sido sino hasta hace poco, en 2004, que Antonio López Vega ha terminado una ardua labor de recopilación de la bibliografía marañoniana que, sin duda, es de inestimable ayuda a los investigadores. Sin embargo, además de la necesidad de delimitar nuestro

campo de actuación, nos hemos ceñido a la consideración de las *Obras Completas* porque hay elementos en ellas suficientes para hacernos una idea bastante completa de lo que Marañón tenía en mente cuando pensaba en el médico, el paciente y en cómo debía ser la relación entre ambos. El propio López Vega señala que las ausencias de las *Obras Completas* objeto de nuestra investigación, tienen que ver con contenidos que el propio Juderías habría querido desechar por su contenido político, explicándolo en los siguientes términos:

“ La obra dispersa de Marañón, como se verá en el presente trabajo, es muy abundante y en ella figuran no sólo, como se podía pensar, artículos especializados, sino que también hay ausencias de importantes conferencias, discursos o artículos políticos –sobre todo del período republicano–. El motivo de esa ausencia fue, sin duda, que al publicarse la mayoría de los volúmenes de estas *Obras Completas*²¹ durante el franquismo, es más que probable que Juderías tratase de eludir la acción del censor omitiendo estos escritos de cariz republicano y liberal. En todo caso, el encomiable esfuerzo de Juderías nos ha legado el *Marañón esencial*. A lo largo de los diez volúmenes de estas *Obras Completas* encontramos prólogos y reseñas bibliográficas (vol. I), discursos (vol. II), conferencias (vol. III), artículos (vol. IV), obra histórica (vols. V, VI y VII), obra científico-médica (vol. VIII), ensayos de diversa índole (vol. IX) y un *Idearium* con recopilación de textos y notas de Juderías de la obra de Marañón (vol. X) ... También conviene hacer notar cómo, en el volumen VIII de estas *Obras Completas* que recoge la obra científico-médica de Marañón, Juderías optó por recopilar aquellos trabajos que consideró de mayor alcance divulgativo. En concreto, este volumen recoge los trabajos fundamentales de Marañón sobre la sexualidad (*Climaterio de la mujer y del hombre* –1937–, *Ensayos sobre la vida sexual* –recoge la edición de 1951 que estaba compuesta por los *Tres ensayos sobre la vida sexual*, aparecidos como libro en 1926, y el ensayo “Sexo, trabajo y deporte”, publicado en *Revista de Occidente* en 1924–, *Amor y eugenesia* –también compilación de varios trabajos aparecidos en los años veinte–, *La evolución de la sexualidad y los*

²¹ En adelante, nos referiremos a las *Obras Completas* como *OC*

estados intersexuales –1930–) y *Gordos y flacos* (1926). Sin embargo, no recogió obras médicas fundamentales en la aportación a la investigación y la historia de la medicina en nuestro país como, por ejemplo, *Nuevas orientaciones sobre la patogenia y tratamiento de la diabetes insípida* (1920) o *Manual de diagnóstico etiológico* (1943) con el que aprendieron la profesión varias promociones de médicos en nuestro país”(74).

Nosotros sí hemos tenido en cuenta el *Manual de diagnóstico etiológico*, especialmente por lo relevante de su prólogo al respecto, si bien hemos descartado otros aspectos más especializados de la obra médica que no se centran en nuestro tema. Con todas estas consideraciones en mente, hemos seguido adelante ya que, como López Vega comenta, ahí está el Marañón esencial, en el que podemos encontrar las claves sobre el tema que nos ocupa: la relación del médico con el paciente. Hemos estudiado lo aportado por todos los autores que contribuyeron a la realización de la Revisión de la Obra Médica que, en 2003, la Fundación Gregorio Marañón llevó a cabo (77) y son ciertamente aspectos más especializados de la obra de nuestro autor, tampoco directamente relacionados con la relación clínica y que no creemos que afecten en gran medida al núcleo de reflexiones sobre el asunto objeto de nuestro estudio. Todos los artículos que recoge López Vega en su *Bibliografía*, no incluidos en las *Obras*, tampoco se han sido incluidos en esta ocasión, de modo que nuestro trabajo presenta una limitación que requerirá de posteriores investigaciones.

En cuanto a las fuentes secundarias, y siendo conscientes de que nos deslizamos hacia la periferia del tema principal, se han tenido en cuenta muchas de las biografías dedicadas al Dr. Marañón, escritas en ocasiones por personas cercanas que gozaron de la amistad del propio autor, como el caso de su biógrafo Marino Gómez Santos, de quien hemos revisado *Vida de Gregorio Marañón*, Plaza Janés, Barcelona, 1987 y trabajos previos como *Vida de Gregorio Marañón*, Taurus, Madrid, 1971; *Diálogos españoles*. Cid, Madrid, 1958; o *Espanoles sin fronteras*, Planeta, Barcelona, 1983. También otros autores tuvieron ocasión de publicar en vida de Marañón, quien revisó y prologó su labor, como fue el caso de los autores Almodóvar y Arleta. En concreto: F. J. Almodóvar y E. Warleta, *Marañón o una vida fecunda*, Espasa- Calpe, Madrid, 1952. Otras obras consultadas en este sentido han sido : J. Álvarez Sierra, *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía*

del Dr. Marañón, UBI, Distribuidora de Ediciones Nacionales y Extranjeras, Madrid, 1960; E. Barco Teruel, *Elogio y nostalgia de Marañón*, Editorial Barna, Barcelona, 1961; E. Cornide Ferrant, *Apasionante biografía de Gregorio Marañón: Un hombre para la historia*, Maxan, 1999; G. A. Cortés, *Algo sobre Gregorio Marañón*, Ahora, San Salvador, 1978; M. Jiménez Quesada, *De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo*, IMNASA, Madrid, 1972 (autor que trabajó 45 años con Marañón) C. Malpique, *Perfil humanístico de Gregorio Marañón*, Sociedade de Expansao Cultural, Lisboa, 1970; E. Ramos Meza, *Gregorio Marañón, gran médico y humanista*, Folia Universitaria, Guadalajara (Méjico), 1961; L. Sánchez Granjel, *Gregorio Marañón. Su vida y su obra*, Guadarrama, Madrid, 1960; J. A. Martínez Gómez-Gordo, *Marañón en mis recuerdos*, Colección «Momentos», Sigüenza, 1977; V. Pozuelo Escudero, *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1999. En los últimos tiempos ha salido a la luz una destacada obra a cargo de Antonio López Vega *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal*, Taurus, Madrid 2011, que también hemos tenido en cuenta. Asimismo, he tenido ocasión de entrevistar el 18 de noviembre de 2015 con D. Santiago Martínez Fornés, discípulo en su día de Marañón, en la que tuvimos ocasión de recordar de primera mano algunos aspectos del quehacer de nuestro autor.

Hemos accedido a separatas de conferencias o discursos dados en el contexto de múltiples homenajes otorgados a la figura de Marañón, de amplia repercusión nacional e internacional, documentos que constan en la bibliografía final y que de manera muy generosa la Fundación Ortega Marañón puso a nuestra disposición. De interés ha resultado la consideración de la publicación que tuvo lugar tras la exposición en Madrid en 2010, que dio lugar al libro *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal*, con la colaboración de numerosos autores que siguieron arrojando claves interpretativas sobre él.

Siguiendo en el ámbito periférico al tema esencial que nos ocupa, ha sido de mucha utilidad la aproximación interpretativa de algunos autores, en concreto algunas de las tesis doctorales seleccionadas tras la consulta de la base de datos TESEO, escritas en torno a la persona y la obra de nuestro autor, concretamente la llevada a cabo por Alejandra Ferrándiz sobre la *Psicología de Gregorio Marañón*. Ferrándiz Lloret, Alejandra. Madrid, Universidad Complutense, 1982 y la de Antonio López Vega *Gregorio Marañón. Biografía intelectual*, Madrid, Universidad Complutense, 2007, por entender que podrían aportar más al tema en estudio que el resto. Artículos de Juan Rof Carballo, José Botella

Llusiá y Teófilo Hernando han sido documentos de máximo interés en la consideración de las aportaciones a la obra médica de don Gregorio y, desde el ángulo historiográfico, quien más estudió las múltiples aristas de nuestro autor fue, precisamente, Pedro Laín, objeto a su vez de estudio por nuestra parte. Ciñéndonos a nuestro objetivo, las obras estudiadas han sido *Vida, obra y persona*, Espasa Calpe, Madrid, 1969; *Marañón y el enfermo*, Revista de Occidente, Madrid, 1962; “Gregorio Marañón” en *Ocio y trabajo*, Revista de Occidente, Madrid, 1960, pp. 209-260; “Gregorio Marañón” en *Más de Cien Españoles*, Planeta, Barcelona, pp.124-130; “La persona de Marañón” en *Cajal, Unamuno, Marañón. Tres Españoles*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1988, pp. 173-227; “Marañón, la medicina y los médicos” en *Marañón, actualidad anticipada*, ediciones de la UCM, Madrid, 1988, pp. 71-76; “La esperanza de Marañón” en *Esperanza en tiempo de crisis*, Galaxia Gutemberg, Círculo de Lectores, 1993.

En el caso de Laín Entralgo, nos hemos centrado en aquella parte de su obra en la que de manera más explícita se ha ocupado de la relación entre el médico y el paciente, si bien su faceta como historiador y en varias ocasiones filósofo, hace que otras obras no tan directamente relacionadas con el tema hayan sido objeto de nuestra consideración. Una de las obras nucleares ha sido *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría*, Revista de Occidente, Madrid, 1964, así como *El médico y el enfermo* Triacastela, Madrid 2003, más actualizada y donde aborda, de nuevo y de manera más resumida muchos de los aspectos de la relación clínica. Las obras que antes hemos mencionado en relación con su visión de Gregorio Marañón, aportan muchos datos acerca de la cosmovisión que Laín tenía en cuanto a la relación clínica. Hemos juzgado particularmente relevante su *Antropología médica para clínicos*, Salvat Editores, Barcelona, 1984, obra en la que Laín parece haber llegado a una de las metas que vitalmente se había propuesto y en la que desarrolla mucho de los conceptos que había apuntado en 1964, todo ello desde el plano predominantemente teórico en el que Laín se sitúa. De cara a valorar una de las partes más importantes que en la relación asistencial, como es la configuración diagnóstica, hemos examinado su obra *El diagnóstico médico. Historia y Teoría*, Salvat Editores, 1988 (reimpresión de la primera edición de 1982). En cuanto a sus reflexiones en torno a la enfermedad, además de lo contenido en las obras precedentes, hemos considerado “Enfermedad y vida humana” en *Ocio y trabajo*, Revista de Occidente, Madrid, 1960, pp 47-154.

En Laín no podemos desligar su teoría sobre las cosas de la historia de las mismas. Todo lo contrario, como tendremos ocasión de ver. Por eso, para nuestro estudio y como historiador que fue, sus obras de historia han sido tenidas en cuenta, partiendo de la que fuera su tesis doctoral: *Medicina e historia*, Ediciones Escorial, Madrid, 1941, su *Panorama histórico de la ciencia moderna*, Guadarrama, Madrid, 1963, así como su *Historia Universal de la Medicina*, (Elsevier Masson, recurso electrónico, 1998). Asimismo, su obra *La historia clínica*, Triacastela, Madrid, 1998 (1ª ed. Madrid, CSIC, 1950), y para comprobar su visión sobre los antecedentes históricos del uso de la palabra y del silencio, hemos tenido en consideración *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, en la edición de Anthropos de 2005 (la primera data de 1987), *El silencio y la palabra del médico*, separata de lo que fuera publicado en Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica, vol. XIII. 1961. También hemos considerado *Enfermedad y pecado*, Toray, Barcelona, 1961, *Introducción al estudio de la patología psicosomática*, Paz Montalvo, Madrid, 1950. Puesto que la relación asistencial no es sino una relación entre uno y otro, hemos considerado su *Teoría y realidad del otro*, Revista de Occidente, Madrid, 1968. Asimismo, *Obras*, Plenitud, Madrid, 1965, *La empresa de ser hombre*, Taurus, Madrid, 1963 y *La medicina actual*, Seminarios y ediciones, Madrid, 1973. Algunas claves biográficas que hemos creído interesante reseñar tienen una deuda con *Descargo de conciencia*, Barral, Barcelona 1976, aunque también en las disquisiciones biográficas siga siendo imprescindible el recurso de la bibliografía secundaria. Aunque como se puede ver, en algunas obras hemos tocado tangencialmente asuntos de la antropología y teoría lainianas, que en realidad se salen del marco propio de la relación médico paciente, pero que nos han ayudado aún en consideraciones más periféricas, a conocer a nuestro autor y lo que podía tener en mente cuando consideraba el encuentro entre dos seres humanos en los que uno ayudará al otro a recobrar la salud.

Muchos otros de sus escritos, en particular los que tienen que ver con consideraciones en torno a la situación española o hispanoamericana, son, sin duda, muy interesantes pero se salen de nuestro marco conceptual, por lo que no han sido examinados.

En lo que se refiere a la bibliografía secundaria, Agustín Albarracín ha sido uno de sus biógrafos, destacando en este sentido *Pedro Laín, historia de una utopía*, Espasa Calpe, Madrid, 1994 y del mismo autor *Retrato de Pedro Laín Entralgo*, Círculo de

Lectores, Barcelona, 1988. También María Rosario de Parada escribió *Pedro Laín Entralgo* Diputación General de Aragón, Zaragoza, 1994, que también hemos revisado

Hemos tenido en cuenta, desde el punto de vista interpretativo, el trabajo de Nelson R. Orringer *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*, Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores, Barcelona, 1997 y una de las obras que a nuestro juicio dan más luz sobre la obra intelectual de Laín: *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*, Triacastela, Madrid, 2010 de Diego Gracia, quien fuera durante muchos años sucesor del mismo Laín en la cátedra de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense y referente nacional en estudios de bioética.

En lo que al sistema de citas y referencias bibliográficas empleado se refiere, hemos optado por un sistema mixto, ya que la temática de este trabajo alterna las citas de artículos científicos con múltiples referencias a obras de nuestros autores, o de otros y, en ocasiones, a varias citas dentro de la misma obra. Así pues, se nos planteaba el dilema de compaginar un estilo de citación más propio de la literatura estrictamente científica, con otro más acorde con los escritos de humanidades. Cuando tiene lugar el primero, hemos optado por seguir la normativa Vancouver 2015 y se observará la referencia numérica, que podrá ser contrastada en la bibliografía final. En cuanto al segundo, las notas a pie de página irán dando cuenta de la parte de la obra citada, además de tener la referencia numérica al lado.

1.4 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Consideramos que la imprescindible reflexión de partida se ha llevado a cabo en los apartados que van desde el 1.1.1 al 1.1.5, donde creemos se ha puesto de manifiesto a través de las revisiones de la bibliografía consultadas, la escasa presencia de referencias a Marañón y a Laín en el área de la relación asistencial, predominando un énfasis en la investigación de los aspectos empíricos de la misma, mientras a la vez se demanda una mayor profundización en aspectos cualitativos de la misma, con el fin de que la relación entre médico y paciente sea eficaz. Por ello consideramos pertinente abordar lo que en las obras señaladas de estos autores pueda existir que pudiéramos considerar vigente o relevante para el día de hoy, en el quehacer clínico.

1.5 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

En nuestro abordaje de la labor de nuestros dos autores a estudio, lo hemos hecho por separado, empezando por Marañón y continuando con Laín. Hemos seguido un esquema que tal vez no esté siempre tan explícito, pero que pretende abordar a los actores del encuentro clínico (médico y paciente) y ver lo que nuestros autores han dicho que habría que esperar de cada uno de ellos. A continuación, hemos mantenido la estructura de lo que hoy en día consideramos una entrevista clínica semiestructurada, con sus ingredientes previos al encuentro clínico, con su parte de acogida y exploratoria así como la resolutive, en la que el médico indicaría al paciente el tratamiento a seguir. La organización del material ha procurado insertar las consideraciones de ambos autores al hilo de cada una de estas partes, colocando lo dicho por ellos junto a lo que la investigación empírica está demostrando.

Hemos comenzado por la obra mencionada de Marañón, haciendo una breve introducción histórica y partiendo de las características que, según él, debían darse en el médico, con lo que nos ha parecido necesario aproximarnos al concepto de vocación en su obra, así como de las características que el médico debe poseer para ser eficaz según el criterio de nuestro autor, situando las cosas en su contexto y a lo largo del encuentro clínico. Hemos destacado su énfasis en introducir la biografía del paciente en la historia, así como sus aportaciones al diagnóstico, su énfasis pionero en proceder a la exhaustiva exploración clínica, su subrayado de la importancia de la etiología, consideraciones en torno al tratamiento sin dejar pasar las relaciones de Marañón con la psicoendocrinología y psiquiatría, lo que a nuestro parecer es un indicativo de su sensibilidad a la hora de estar junto al paciente. Unas notas finales en cuanto al compromiso social de Marañón, y a propósito de la docencia, cosa que, según él, debería caracterizar a todo médico.

Un aspecto formal a tener en cuenta en la sección referente a la obra de Marañón, tiene que ver con la prosa de nuestro autor, a nuestro parecer y coincidiendo con el parecer histórico, de un nivel literario excelente. Por eso hemos optado en un número muy elevado de ocasiones a sacrificar nuestra paráfrasis, optando por transcribir los párrafos suyos. De este modo, no tenemos ninguna duda de que este trabajo gana en interés literario y permite, a su vez, una segunda lectura para quien esté interesado tan sólo en lo que Marañón dijo en concreto.

En cuanto al esquema seguido en el tratamiento de la obra de Laín, siendo como fue un historiador, hemos visto imprescindible para la comprensión de su obra en este aspecto (asunto este, de la comprensión , en el que tanto insistió él), seguir sus razonamientos en el devenir histórico de lo que fue la relación médico-enfermo para, a continuación, aplicar el mismo esquema que comentamos anteriormente. En este sentido, Laín nos lo pone más fácil, ya que él mismo estructuró todas las fases que , a su entender, comprenden el encuentro del paciente. Veremos de qué manera su descripción podría ser válida hoy día.

2. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LA OBRA DE GREGORIO MARAÑÓN.

“Uno de los graves defectos de la educación médica actual es el olvido de muchos textos, confinados en una injusta retaguardia” (78)

2.1 Por qué Marañón, una vez más.

Gregorio Marañón emerge como una de las cumbres de referencia intelectual y humanista que tuvo la España del siglo XX, especialmente en su primera mitad. En los primeros años del siglo pasado era ya una de las figuras más admiradas y conocidas de todo el país (79). Es, en palabras de Juan Pablo Fusi, fue, ante todo, un acontecimiento, capaz de hacer de la medicina una preocupación nacional y no una medicina cualquiera, sino la nueva medicina española (79) cuya práctica debía considerarse como misión decisiva²² (80). No puede ser el objeto de este estudio recoger todo lo que esta poliédrica personalidad ^{23,24} (79,81) ha aportado al bagaje de nuestro pensamiento, por escaparse de los límites propuestos y, sin duda, por exceder el objeto de esta reflexión. Morales Moya cita a Areilza cuando comenta que fue precisamente tras su vuelta del exilio en París, en 1943 cuando comienza:

“el magisterio ético de Marañón y su enorme influencia en la vida intelectual y moral del país. La presencia de su pensamiento moral era, a la vez, estímulo y refuerzo para la pervivencia del talante libre entre los que escribían, investigaban o enseñaban en los difíciles tiempos que entonces corrían. Liberal entre dos barricadas, mantenía en alto la docencia de los deberes como norma previa a la de cualquier otra actitud partidista o ideológica”²⁵ (79).

²² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal*. Madrid: Taurus; 2011, pág. 33

²³ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal*. Sociedad estatal de Conmemoraciones Culturales; 2010. Pág. 13, citado por Amador Schüller

²⁴ En “Recuerdo de un hombre ejemplar”, el escritor Camilo J Cela, señaló: “*Difiero de quienes piensan en la existencia de un Marañón médico, al lado de un Marañón historiador, a la vera de un Marañón moralista, y por encima o por debajo equis Marañoses más. Quisiera dejar bien sentada mi idea de que el saber de Marañón ... no fue, contra todas las apariencias, diverso, sino unitario. El saber de Marañón -y la paralela impronta que su saber dejó en la cultura- no fue un saber múltiple, producto de la suma de tantos y tantos otros saberes parciales más, sino un saber poliédrico y que ha de ser visto en su conjunto... poliédrica es también su figura humana*” Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada*. Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid; 1988. Pág. 50

²⁵ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 201

Ferrándiz destaca que en la década de los años veinte y treinta, el magisterio de Marañón tenía un enorme eco social (82). Juan Ramón Jiménez le llamaba "hombre pino", ya que era un hombre focal, capaz de otear tanto el paisaje de la historia como el de una hormona y Ferrándiz lo señala como "prototipo de hombre supremo" (83).

Médico, de profunda vocación, fundador de la Endocrinología en España, maestro, profesor, escritor, antropólogo, ensayista, historiador, pensador, político, liberal, exiliado, reincorporado, conciliador, testigo de primera mano y de excepción, tanto de fascinantes momentos en la historia de España, como de otros muy oscuros, estos, no sólo en España, sino en el París de la ocupación nazi, esos días en los que él se sentó a describir a quienes huían vagando por las calles con la almohada en la mano: "Los que no llevan nada, llevan, sin embargo, su almohada, como hace cuatro años los que huían por los caminos de España. Ahora se comprende que la almohada es la casa entera; si se duerme sobre ella se está en el hogar, aun cuando se esté desnudo ante las estrellas" (84).

Como mencionamos en el capítulo introductorio, han sido varios los estudios realizados sobre su persona y su obra y bastante completos. De modo que, seguramente, la figura de Marañón ha sido suficientemente estudiada y uno no puede evitar una cierta sensación de pudor y timidez al intentar apuntar un pequeño esbozo más a un aspecto concreto de su obra. ¿Por qué, pues, unas páginas más? Por la clarividencia de Marañón al aportar su luz en la ruta de la relación del médico con el paciente. En esto, como señalaba Botella Llusá de la mano de D'Ors, Marañón tuvo esa capacidad de ver el aspecto y el prospecto de las cosas, y en varias áreas de su quehacer científico fue capaz de anunciar con cincuenta o sesenta años de adelanto gran cantidad de hechos nuevos, por ejemplo, de la Endocrinología y del Metabolismo, como la evolución de la sexualidad y la obesidad como factor desencadenante de la diabetes resistente a la insulina ²⁶⁻²⁷ (77). Ahora que el paciente sigue añorando el oasis de la entrañable

²⁶ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón*. Ediciones Puertollano S.L., editor. Puertollano (Ciudad Real): Artes Gráficas Milenio; 2003. Pág. 20

²⁷ Botella, en la Introducción a la Revisión de la Obra Médica de Gregorio Marañón, refiere que: "Eugenio D'Ors decía que las cosas tienen su aspecto y su prospecto. Un poco cómicamente quería decir con ello que las cosas eran como se veían o como podían llegar a ser. El *sein* y el *werden* de los filósofos alemanes" Continúa comentando: "...Hay evidentemente dos formas de contemplar y analizar el mundo que nos rodea. Una es la forma en que casi todos los hacemos, que es puramente descriptiva, la otra es la forma penetrante con que algunas personas geniales son capaces de ver el mundo. Y no puedo menos que pensar que algo parecido tenía que haber en las mentes de Galileo y Newton, cuando observando las oscilaciones de las lámparas de la catedral de Pisa el uno, y la caída de una manzana el otro, llegaron a descubrir el movimiento de la tierra y la ley de la gravedad. No cabe duda de que mientras la mayoría de los humanos vemos la realidad como algo estático, otros, unos pocos, son capaces de penetrar en su devenir, en lo que pueden llegar a ser. Eugenio D'Ors con su pensamiento original y pintoresco, veía en las cosas un "aspecto" y un "prospecto". El primero es el que todos

relación del médico amigo (“médicamente amigo”, como diría Laín) en medio de la aridez despersonalizadora de indudables logros científicos.²⁸ Porque, en efecto, como médico de familia de vocación clínica y práctica, inmerso en un proceso de sensibilización continuada en el ámbito de la comunicación clínica centrada en la persona del paciente, a la luz de lo que se está descubriendo en el área de la relación clínica, es sorprendente con qué clarividencia Marañón acertó en muchas de sus declaraciones y creo necesario hacer un ejercicio de justicia histórica devolviéndole la palabra, visto que somos proclives a olvidar a nuestros maestros. Los que nacimos en la década en la que él nos dejó, ya no tenemos otra opción que permitirnos imaginarle levantándose para leer sus cuartillas y mi propuesta es que hagamos silencio para escucharle atentos, y volver a comprobar cómo, pasadas las decenas de años (en algún caso, pronto un siglo) siguen vigentes muchas de sus reflexiones en el ámbito de la relación entre el médico y el paciente. Lustró después, ahora que tendemos a medirlo todo, incluidos muchos de los elementos de la propia relación clínica (espero que sin caer en el cientificismo que él criticaba), seguimos comprobando como útiles y plenamente vigentes dichas observaciones. Si la relación clínica es buena, la eficacia también se convierte en compañera, de modo que tal vez siga siendo cierto lo que Vallejo Nájera dijera tras la muerte de don Gregorio: si Marañón salvó tantas vidas en el ejercicio de su carrera, los seguirá salvando por las enseñanzas médicas de sus obras²⁹. (85)

2.2 La vocación de y en Marañón

A esta relación llegan dos seres humanos, el profesional por un lado y el paciente por otro, coincidiendo en la ruta de la vida, caminando juntos un trecho con el fin de ayudar el otro al uno, con el fin de ayudarlo a recuperar el equilibrio perdido, resituándose en el marco de la salud. Detrás de ese momento, a veces detenido y de relación clínica duradera y otras, fugaz, hay un profesional a quien Marañón recuerda que ha de ser poseedor de una serie de características, actitudes sobre todo, que no son negociables.

percibimos ante una cosa o un fenómenos de la naturaleza,... por el contrario, el “prospecto” es el significado profundo y más o menos oculto de lo que allí se ve , en cierto modo es el *werden* del que antes hablábamos.

²⁸ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 23

²⁹ Botella Llusíá J, Fernández Cruz A, Gastón de Iriarte y Sánchez E, Santos Ruiz A, Vara López R. *Homenaje a Marañón. Universidad de Madrid*, editor. 1970. Pág. 56

2.2.1 Génesis de la vocación de Marañón.-

Para entender mejor a nuestro autor, consideramos de interés asomarnos a los elementos que precipitaron su propia vocación. Sin duda, en la génesis de su vocación como médico tuvieron un papel grandes escritores como Menéndez Pelayo, Pereda, Pérez de Ayala y, sobre todo, Galdós³⁰⁻³¹⁻³² (83,85,86). Granjel nos recuerda cómo Marañón, hablando de su amistad con Galdós, va a decirnos que en ella influyó, a pesar de la diferencia de edades: “una suerte de devoción suya, como ante un poder mágico, que para él lo eran mis conocimientos médicos, desde su incipencia; actitud que fue peculiar a toda la familia. Siempre hubo en aquella casa un médico que tenía mágica autoridad. Su rastro aparece frecuentemente en las obras de Galdós”³³ (87,88). Cuando Marañón se refiere a la confianza que en él tenían los *Galdoses*, como así llama a la familia Galdós, piensa que pudo haber influido don Alejandro San Martín, (a quien Laín se refiere como paradigma de lo que debe ser un buen médico hospitalario) definido por Marañón como:

“...catedrático de Cirugía de San Carlos, hombre extraordinario en verdad, cuya mentalidad y conducta, entre genial y estrafularia, producía impresión profundísima en Galdós y en sus familiares. La amistad que más adelante, siendo su alumno, me dispensó San Martín, se debió en gran parte a la sugestión de los Galdoses; y él a su vez infundió en Don Benito y a los suyos buena parte de la prematura confianza con que en aquella casa acogieron mi dirección profesional cuando aún yo no había abandonado las aulas”³⁴. (88)

En realidad, el propio San Martín, uno de sus profesores más queridos, tuvo que acudir a su casa para infundir tranquilidad y confianza a su padre sobre sus posibilidades como médico

³⁰ Botella Llusía J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 26

³¹ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 67

³² Botella Llusía J. Gregorio Marañón. El Hombre, la vida, la obra. Universidad Complutense, editor. Toledo: Publicaciones del Centro Universitario de Toledo; 1972. Pág. 22

³³ Marañón, G. *Elogio y nostalgia de Toledo*. Madrid: Espasa Calpe; 1941. OC, IX, pp. 463- 580. Pág. 550

³⁴ Marañón, G. *Elogio y nostalgia de Toledo ...* pág. 551

en ciernes³⁵. Volviendo a Galdós, cierto es que sentía mucho interés por la Medicina, tratando siempre con mucho respeto a los médicos. Con ocasión de escribir el prólogo al libro del doctor Tolosa Latour titulado *Niñerías* y fechado en Madrid en 1889³⁶, hace Galdós una taxativa declaración de aquellos fervores. Estas son palabras suyas:

“Envidia —escribe Galdós— a los que poseen la ciencia hipocrática, que considero llave del mundo moral; por eso vivo en continua *flirtation* con la Medicina, incapaz de ser verdadero novio suyo, pues para esto son necesarios muchos perendengues; pero la miro de continuo con ojos muy tiernos, porque tengo la certidumbre de que si lográramos conquistarla y nos revelara el secreto de los temperamentos y de los desórdenes funcionales, no sería tan misterioso y enrevesado para nosotros el diagnóstico de las pasiones”. (87)

Granjel, en el interesante ensayo mencionado, refiere que lo que tan paladinamente confiesa Galdós en el texto citado, lo repite de muchos modos en el ancho mundo de su obra literaria, pasando a analizar algunos aspectos de los personajes médicos en la obra galdosiana.³⁷ (87,89). Así que, posiblemente los paseos y tertulias toledanas pudieron tener mucho que ver con la génesis de la que sería la dedicación principal de Marañón. A él mismo, cuando en una ocasión le preguntaron sobre esto, le venían a la memoria la fuente de vocación que suponía la biblioteca paterna:

“Entre nosotros, creo que la Historia fue primero. La Biblioteca de mi padre era una fuente inagotable en la que bebía con abundancia, me gustaba leer los clásicos y especialmente unas colecciones que tenía de “La Ilustración Española y Americana” y “El Mundo Universal”. Aquellas revistas eran para mí como una selva encantada. Aquellas lecturas me apasionaban. Pero siempre creía que mi inclinación se dirigía hacia la psicología y más tarde hacia la neuropsiquiatría. Pero mi viaje a

³⁵ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág.33

³⁶ Prólogo recogido en las *Obras completas* de B. Pérez Galdós, VI, Madrid, 1942, pp. 1545-48,

³⁷ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda*. Madrid: Espasa Calpe; 1952. Pág. 39

Alemania y especialmente cuando conocí a Ehrlich, me hizo comprender lo que era la vocación médica.”³⁸ (90)

Luego, el flujo sería bidireccional: de la Historia a la Medicina y de la Medicina a la Historia: *“De mí sé decir que mi afición a la Historia, modesta pero ferviente, se suscitó, de una parte, por mi profesión de médico, porque en todo hombre que sufre hay, no sólo una subconsciencia individual, sino una subconsciencia histórica...”*. (91) Galdós habla de la Medicina como reveladora de la naturaleza humana, y el propio Marañón cita al dramaturgo y ensayista Maurice Maeterlink (1862-1949) para señalar, posiblemente sobrevalorando el tema, esa llave que la Medicina puede suponer para abrir muchos misterios de la vida humana:

"Uno de los grandes soñadores de nuestros tiempos, Maeterlink, dijo una vez, cuando se acercaba ya, melancólicamente, al final de su existencia: "todo mi instinto, toda mi eficacia, me empujaban desde niño a la medicina, porque ésta es, cada vez estoy más cierto de ello, la llave más segura para dar acceso a las profundas realidades de la vida (92)³⁹"

Al hilo de una entrevista concedida a su biógrafo oficial, ante la pregunta *“- ¿Quiénes influyeron más en usted?”*, él contestó - *Cajal influyó mucho en mí y Cossío también, sobre todo en mi pasión por el Greco . También influyó Pérez de Ayala, al que conocí muy temprano*”⁴⁰ (93)

Las referencias de Marañón en su formación como médico son decididamente decimonónicas. Así lo demuestra el ensayo de Pérez Gutiérrez sobre la juventud de Marañón, que ofrece una interesante lectura en la reconstrucción de los eventos que determinaron su vocación hacia la medicina.⁴¹ (68,94). Así pues, una vez instalado en el carril de la Medicina, optó por dirigirse a los campos de la Endocrinología. Escobar del Rey y Morreale de Escobar

³⁸ Solana L. *Dr Gregorio Marañón Su persona. Sus personajes. Su obra. “Maestro de fiar, 50 años después de su partida.”* Burgos: Monte Carmelo; 2010. Pág. 29

³⁹ Marañón, G. *Confesiones médicas*, prólogo a L. Fernández Álvarez, *La vida del médico*, Caralt, Barcelona, 1949 (OC, I, pp. 291-295), p. 291

⁴⁰ Gómez Santos M. *Diálogos españoles*. Madrid: Cid; 1958. Pág. 91

⁴¹ Herreros, B. et al *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI...* pág. 23

nos recuerdan que el médico no dispuso de armas realmente eficaces para ayudar al enfermo, más allá de lo que podía hacer como amigo o por personalidad confortante y taumatúrgica, hasta bien entrado el siglo XX. Precisamente se deben a la naciente Endocrinología algunos de los primeros éxitos terapéuticos. Es de pensar que estos debieron ejercer un impacto extraordinario en el pensamiento y en el corazón de un médico tan humanista y preocupado por el individuo enfermo como fue Marañón a lo largo de su vida.⁴² (77) Fernández Cruz señala que fue el patólogo húngaro Arthur Bield (1869-1933) quien proporcionó a Marañón la fuente más fecunda de sus conocimientos en su libro *Inneren Secretion*.⁴³ (85)

2.2.2 La frustración vocacional de Marañón

Si en la relación entre médico y paciente es importante que el médico esté asentado en su vocación, es interesante leer cómo Marañón nos habla de una cierta evolución en dicha vocación, dentro de la amplia gama de especialidades que conforman el abanico de la Medicina. Él ha dejado dicho que no se pueden estudiar todas las materias con el mismo interés y que todo buen estudiante dará mayor atención a unas con respecto a otras. De otro modo, habría el peligro de ser un deportista de las buenas notas y nada más (64). La trayectoria en la biografía marañoniana, de perfil tan poliédrico, muestra un Marañón que se define a sí mismo en el terreno de la práctica médica, las más de las veces, como médico general. El devenir de sus inquietudes y aportaciones científicas fue perfilando al que finalmente llegaría, de hecho, a ser verdadero iniciador de los estudios de Endocrinología en España. ⁴⁴ (83). Es curioso que, sin embargo, se refiere a sí mismo en ocasiones como un psiquiatra frustrado que deja al final la psiquiatría por “la novia que había creado: la endocrinología”⁴⁵ (89). Para Marañón hay tres especialidades que se entrelazan: “Con todo, la rama de la Patología que tiene más que esperar de la Endocrinología es la Neurología y Psiquiatría. Yo no ceso de advertir a los que trabajan conmigo que el endocrinólogo de hoy tiene que ser un perfecto neurólogo y un psiquiatra, todo lo perfecto que consiente la psiquiatría” (95)

⁴² Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 27

⁴³ Botella Llusá J, et al *Homenaje a Marañón...* pág. 27

⁴⁴ Periódico *El Liberal*, 29 de enero de 1915. Citado por Ferrándiz Lloret, Alejandra. *Psicología de Gregorio Marañón*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 1982. Pág. 17

⁴⁵ Citado por Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 41

De hecho, Marañón hizo de la endocrinología la clave para la interpretación de la naturaleza psicológica y neurológica del hombre, de los problemas biológicos del organismo: "...yo tengo la convicción de que el gran progreso de la psiquiatría no se realizará hasta que el psiquiatra lea menos libros de psicología y vea, en cambio, más enfermos de la clínica corriente y sobre todo, enfermos endocrinos" (96), convencido como estaba, de que las hormonas son moldes y andamiajes de la biología individual y no un capítulo más en la Patología ⁴⁶ (83). Las secreciones internas tienen para él este aspecto trascendental y general (97), de modo que el sistema endocrino era para Marañón el guardián de la personalidad.^{47,48} (80,98). López Ibor dirá que "resulta evidente que la vocación endocrinológica de Marañón se hallaba determinada por su actitud personal ante el misterio del alma humana. Es necesario buscar la costura entre el alma y el cuerpo, como decía Novalis y que en la enfermedad tiende a desplazarse o disociarse y esa costura, en los tiempos de su formación médica, se pretendía encontrar en la fisiopsicopatología de las glándulas de secreción interna"⁴⁹ (83). La medicina demostraría a partir de la década de 1940 que la influencia hormonal no era tan determinante sobre la conducta del ser humano como Marañón y los endocrinólogos de entonces suponían⁵⁰ (80), pero señaló el fundamental factor biológico en psiquiatría. No obstante, se mostraba escéptico ante algunas de las corrientes psicoterapéuticas, cosa que consignó en 1937, cuando asistió a lo que denominó el Congreso de Psicoterapia, en París. En realidad fue el XI Congreso Internacional de Psicología, celebrado en dicha capital del 25 al 31 de julio, ya que no se pudo celebrar en España, donde estaba previsto, a causa de la Guerra Civil (99). Allí se oían todavía los ecos del hipnotismo, ante una sugestión individual en decadencia (100) y mostró su desacuerdo con la abundante terminología, que él define como carente de contenido estable y propia de una disciplina que no ha conseguido ser una ciencia estricta.

⁴⁶ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 17

⁴⁷ La cita pertenece a la conferencia "*Psicología y personalidad*", pronunciada en el curso sobre Psicología de la Personalidad en el Instituto Luis Vives, de Madrid., el 1 de junio de 1951. Publicada íntegramente, junto con otros ensayos, en el libro *Fisiopatología y clínica endocrinas*, Ed Patria, México, 1955

⁴⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 28

⁴⁹ López Ibor, J.J. "Marañón, médico humanista. Cuadernos Hispanoamericanos, núm 246, Madrid, junio 1970. Citado por Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 12

⁵⁰ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 93

El profesor Botella, colaborador cercano de Marañón, explica que “Arturo Fernández Cruz nos explicaba, no hace mucho, cómo don Gregorio, en sus orígenes, no fue sino un neurólogo, al que la fuerza real de los hechos hizo evolucionar a la Endocrinología”⁵¹ (85). Hablando de Botella, insigne ginecólogo, no podemos por menos que señalar que la propia Ginecología es la única especialidad por la que Marañón mostró cierta antipatía. En sus propias palabras: “Siempre tuve especial antipatía por esta rama de la medicina”, claro que, cuando Marañón piensa en los partos, tiene en mente algo que va mucho más allá, cuando nos dice “no solo los partos humanos sino lo políticos me dan terror”⁵² (83), al haber sido testigo de excepción en su propia casa, en la calle Serrano 43, junto a Romanones y Alcalá-Zamora, ayudando en la gestión del cambio de régimen monárquico, dando paso al alumbramiento de la República. Nunca le gustó que le llamaran partero de la misma⁵³ (80). Siguiendo con los campos clínicos más afines a Marañón, parece que la Cardiología era objeto de especial atención por su parte, ya que Álvarez Sierra nos cuenta, citando a Márquez:

“...De todas las ramas de la Medicina, aparte la Endocrinología, la que más le interesaba era la Cardiología, y en enfermedades del corazón llegó a ser uno de los oídos más finos para escuchar y distinguir ruidos y soplos de insuficiencias y estrecheces. Mas nunca se tituló especialista, porque él siempre entendió que lo más grande y digno de la práctica profesional es ser médico y sólo médico en el amplio sentido de la palabra; es decir, médico general.

El gran profesor Márquez decía en cierta ocasión que la cualidad más envidiable de Marañón era la de ser uno de los mejores clínicos de Europa y, sobre todo, lo conceptuaba como uno de los primeros consultores médicos de nuestro país por su experiencia, por sus vastos conocimientos, por su educación y porque el enfermo era para él el estímulo mayor que despertaba sus facultades intelectuales que,

⁵¹ Lo que Fernández Cruz dijo al respecto, fue leído en el acto académico, celebrado en el Paraninfo de la Universidad de Alcalá de Henares, el 7-3-1970, con motivo de la festividad de Santo Tomás de Aquino

⁵² Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 27

⁵³ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 214

partiendo de un diagnóstico seguro, señalaba las bases de una terapéutica conveniente”⁵⁴ (101).

A causa de otras de sus vocaciones, la docente, irá dejando caer a lo largo de su camino, semillas para quien las quiera recoger, muchas veces, en relación a lo que el médico con vocación ha de ser y cómo ha de actuar. No obstante, es en su libro *Vocación y Ética* donde hace un esfuerzo de síntesis al respecto y expone la “verdad de su alma” . Son suyas las palabras:

“Esos breves ensayos son lo que más me satisface de mi obra; porque en ellos está lo único que puede dar un hombre, cualquiera que sea, sin temor a tener que arrepentirse nunca, a sus contemporáneos, y quién sabe si a la posteridad: la verdad de su alma, sin reparos ni veladuras, sin otro fin que cumplir con la obligación de decirla...”⁵⁵ (64).

2.2.3 Vocación y ética. Un ensayo en su contexto

Cuando uno lee ahora el ensayo marañoniano obtiene muchas claves de lo que Marañón pensaba sobre la vocación del médico, pero también llama la atención sus comentarios en contra la deontología. Es preciso situarlo en su contexto histórico para entenderlo mejor.

Vocación y Ética fue editado por primera vez en la España de la República, en 1935, por Espasa Calpe, en Madrid, fraguado, en palabras de Diego Gracia, en un lento precipitado de años y experiencia, convertido en un clásico del tema en la cultura española, posiblemente el libro más conocido de Marañón y de más influencia. Nació de una ocasión un tanto circunstancial, como fue la invitación de varios profesores a reflexionar sobre “La preparación y la ética en las principales actividades profesionales y científicas”, por parte de la Universidad Internacional de Santander⁵⁶ (79). Antes de señalar algunas de las cosas que él sugiere en ese libro pequeño que Marañón “amaba con especial ternura entre su prole espiritual” (102)

⁵⁴ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón*. Madrid: UBI, Distribuidora de Ediciones Nacionales y Extranjeras; 1960, págs.. 142-3

⁵⁵ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 373

⁵⁶ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 115

conviene situar al mismo en su contexto histórico, de modo que podremos entender mejor algunas de sus claves hermenéuticas, especialmente cuando escuchemos a Marañón hablar en contra de la deontología, cosa que, a primera vista, sorprende. A este respecto, resulta especialmente útil la reflexión que lleva a cabo Gracia, a la que haré referencia. Y es que en la primera mitad del siglo XX en España, era un tema de considerable actualidad, habiendo surgido a finales del XIX el deseo de establecer “una severa moral médica”, en principio regulada por la Ley Orgánica de Sanidad de 1885, en cuyo artículo 85 se podía leer:

“Con objeto de prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometan los Profesores (léase médicos) en el ejercicio de sus respectivas facultades , regularizar en algunos casos sus honorarios, reprimir todos los abusos profesionales a que se puede dar margen en la práctica y a fin de establecer una severa moral médica, se establecerá en la capital de cada provincia un Jurado Médico de Calificación”

De modo que tenemos ante nosotros la instauración de la moral como instancia represora y sancionadora de las conductas improcedentes por parte de los profesionales. De hecho, al servicio de esta finalidad (y otra de índole recaudatoria) surgirían los colegios oficiales de médicos, quienes elaboraron los Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos, elaborados por Ruiz y Capdepin en 1898, haciendo operativo el artículo citado anteriormente.⁵⁷ Ahora bien, al tratar los asuntos que exceden las fronteras de la jurisdicción civil o penal, y que tratan expresamente de la “moral médica” y del “decoro y dignidad profesional” al que aludían dichos estatutos, se comenzaron a elaborar códigos que, en el caso español, se llamaron deontológicos. Tras una iniciativa del Colegio de Valencia, el Consejo General de Médicos de España decidió iniciar el trabajo para la elaboración de un código deontológico que sirviera para todos, sin que la primera ponencia prevista pudiera llevarse a cabo. Como señala Gracia, esto fue aprovechado por la Iglesia Católica para llevar a cabo su propuesta, ya que en 1934 se publicó el Código de Deontología Médica por un presbítero que luego llegaría a ser obispo. Las conferencias de Marañón tuvieron lugar al año siguiente y meses después, ya en 1936, la Hermandad de San Cosme y San Damián de Madrid, publicaría su *Brevísimo Código Deontológico*, subtulado *Normas de moral profesional*. La Guerra Civil acabaría con todo esto y en 1944 se promulgó la Ley de Bases de Sanidad Nacional del 25 de noviembre y en el mismo año el jesuita Francisco Peiró publicó su Manual de Deontología Médica, el primer

⁵⁷Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 117

código deontológico de la medicina española, cuyo objetivo iba más allá de convertirse en un código deontológico básico, pretendiendo servir de texto en las Facultades de Medicina. La orientación del manual, como era lógico esperar, se alineaba plenamente con los principios del nacionalcatolicismo de posguerra. Por ejemplo, cuando Peiró se pregunta en qué moral está inserta la deontología médica, esta es su respuesta:

“La moral a la que nos referimos es la moral católica, que se resume en estas verdades fundamentales, a saber: que la vida humana es un camino que conduce, a través de objetivos particulares, a un fin último, que es Dios, y que hay una ley eterna que regula sus pasos, como regula el orden, de la cual es una copia la ley natural, que nace con nosotros esculpida en nuestra conciencia”. (103)

Y se da por hecho que el médico ha de ser un buen cristiano, entendido en dichas coordenadas católicas:

“...viene llamado a restaurar el sentido espiritual y religioso y con él la concepción integral y justa de la vida humana en todas las actividades profesionales, teniéndolo presente en todo momento y haciendo de él mismo y del servicio a Dios y de los fines trascendentes del hombre, Norma inflexible de saneamiento de aquellos y el fundamento del honor individual y colectivo”

del mismo modo que se espera del médico que: :

“servirá a España con la profesión constantemente y establecerá la personalidad y el prestigio de la Medicina nacional en todos sus aspectos, procurando no sólo que llene todas las necesidades interiores hasta hacer de nuestro pueblo modelo de vida y organización sanitaria, sino que sirva de vehículo e instrumento a nuestra expansión e influencia en otros países”

Así que, como Gracia nos recuerda, el debate intelectual de los años de la II República había quedado zanjado. Y es justamente ahí, cuando todavía el debate estaba vivo, donde hemos de insertar el texto marañoniano, en medio de la polarización de las dos tendencias existentes: por un lado, la postura católica, optando siempre por el término *deontología*, ubicando al profesional ante unos deberes muy claros y precisos, y por otro, un grupo de personas que entienden la ética profesional de una manera distinta. Gracia señala a Ortega y Gasset como uno de los autores más característicos al respecto y, desde luego, a Marañón como paladín de este modo de pensar en el ámbito profesional. No utilizan, pues, el término *deontología*, sino que optan por la palabra *ética*, más secular y filosófica. “Yo no soy *moralista*” nos recuerda nuestro autor⁵⁸ (64). Así, pues, es como se ha de ver el texto marañoniano, tanto en lo que dice como en lo que calla. Tal vez convenga añadir aquí que otros autores sí ven una condición moralista en Marañón, la que suponía considerar la vida con seriedad ⁵⁹ (79). Él había dejado escrito que “yo no escribo nada por el gusto de escribir tan solo, sino por el deseo de influir en la conducta de los demás y en la mía”. Para Morales Moya, esto es señal del profundo sentido religioso y ético de Marañón. Aranguren observa, al respecto: “...fue como médico, un moralista que, para ayudar al hombre a salvarse, consideraba necesario conocer sus dolencias, sus miserias físicas. Como historiador, un moralista que estudiaba “casos” morales (por debajo del caso clínico correspondiente) ... La visión que de la historia tuvo Marañón fue figurativa, porque fue médico ético.” ⁶⁰

Marañón, desde luego, no está tan interesado en la obligación entendida como unas normas impuestas que hay que cumplir, sino que hace consistir la ética en la “vocación”, haciendo en realidad que cada uno sea lo que tenga que ser, sacando así lo mejor de sí mismo⁶¹ (80). Gracia ve aquí la perenne enseñanza socrática según la cual a Marañón le interesaría más Sócrates que el Inquisidor. La ética tiene por objeto descubrir el *daimon* socrático y el gran profesor es aquel capaz de hacer aflorar eso en sus alumnos. Platón utiliza a este respecto una metáfora médica, la de la partera. En esto consiste la ética para Marañón, no en otra cosa”⁶² (79). No es el objeto de este estudio profundizar en la urdimbre filosófica que conecta a

⁵⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 362

⁵⁹ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 211

⁶⁰ *Op.cit.* pág. 209

⁶¹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 227

⁶² Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* págs.. 122 y ss.

Marañón con Ortega y Gasset, pero es de sumo interés atender a las consideraciones de Gracia cuando las señala. Ortega se muestra molesto ante la moral como algo impuesto desde fuera. Aporta un texto muy ilustrador, de 1930, publicado en *La Nación* de Buenos Aires, en un artículo titulado <<Por qué he escrito “el hombre a la defensiva”>>, distanciándose, de entrada frente a esta moral externa del “deber ser”:

“Me irrita este vocablo “moral”... porque en su uso y abuso tradicionales se entiende por moral no sé bien qué añadido de ornamento puesto a la vida y ser de un hombre o de un pueblo. Por eso, yo prefiero que el lector lo entienda por lo que significa, no en la contraposición moral-inmoral, sino en el sentido que adquiere cuando de alguien se dice que está desmoralizado. Entonces se advierte que la moral no es una performance suplementaria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en su propio quicio y vital eficiencia. Un hombre desmoralizado es simplemente un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida y por ello no crea ni fecunda ni hinche su destino” (104).

Para Ortega, entonces, la ética consiste en vivir la vida, la propia, la de cada cual, con “radical autenticidad”, siendo fiel “al propio destino”. Diego Gracia destaca que esta es una palabra importante ya que sería la fuerza que se nos impone y nos dice lo que tenemos que ser, si de verdad queremos ser fieles a nosotros mismos y haciendo pedagogía de la filosofía orteguiana en este sentido, trae a colación un oportuno párrafo del filósofo:

“Para mí la moral no es lo que el hombre debe ser, pero por lo visto puede prescindir de ser, sino que es simplemente el ser inexorable de cada hombre, de cada pueblo. Por eso, desde siempre y una vez más en mis conferencias últimas en Buenos Aires, cuando anunciaba yo un posible curso de Ética ... proclamaba como imperativo fundamental de la mía el grito del viejo Píndaro: “*genoí’hoios essi*” -llega a ser el que eres” (104).

Esta es, pues, la interesantísima hipótesis de Diego Gracia sobre la conexión entre Ortega y Gasset, con insinuaciones de calado filosófico que bien pudieron haber tenido su eco en lo que Gregorio Marañón propone en *Vocación y Ética*. Fijémonos en lo que comenta nuestro autor cuando dice:

“la ética profesional brota, como flor espontánea de la vocación ... De aquí mi convicción un tanto revolucionaria, de que no se precisan reglas de moral expresas ni cursos de Deontología. En las Facultades de Medicina, la moral, como asignatura, no se enseña por lo común. Y esto, que escandaliza a algunos, tiene esta razón fundamental. El médico bien preparado en el sentido humano e integral que hemos expuesto, el médico de vocación y no el de pura técnica, ése no necesita de reglamentos para su rectitud. Al médico mal preparado, las reglas y consejos morales le serán perfectamente inútiles. Sobran aquí, como en todos los problemas de conducta moral, las leyes.”⁶³ (64).

“Aún en los países en que se ha extremado el rigor de las leyes sociales médicas, han tenido que dejar una frontera, con aduana libre para que la pueda atravesar en el momento necesario y volver al régimen antiguo, el médico con vocación suficiente para saber que el amor a la profesión y a la ciencia no admite reglamentos; o el enfermo que sabe, a su vez, que los dolores materiales los cura cualquiera, pero que el dolor, su dolor humano, tan suyo como los latidos de su corazón, no está previsto en los cuadros de especialidades de la medicina oficial” (105).

Enlazando con lo dicho anteriormente, ya que no se trata de que no hay que enseñar ética, sino que la Deontología, que asomaba en el momento en el que Marañón escribe esto y en la posguerra sería predominante, no es suficiente. Como él señalaba : “las leyes humanas son necesarias para regir los problemas de conducta social y colectiva, pero son inútiles para los problemas de conducta moral, porque ésta es esencialmente individual y casuística y por tanto, antirreglamentaria... No esperéis , pues, de mí, que venga a daros reglas dogmáticas de

⁶³ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 348

Deontología médica”⁶⁴ (64,106) otorgando a la conciencia propia el papel de juez final: “Hoy ya no es preciso advertir al médico de cómo debe saludar y de que debe presentarse junto al enfermo con decencia y dignidad “en la postura de ser retratado”, según aconsejaba Galeno. La conciencia es la que da la conciencia, no los reglamentos ... para los demás, para los verdaderos casos de conciencia profesional, no hay, repitémoslo, ley que valga ni otro juez que la propia conciencia”⁶⁵ (64).

Se le nota nada proclive, por tanto, a dar instrucciones. Escribe sobre todas estas cuestiones porque, en su inicio, se lo solicitaron: “Porque el magisterio en estas cuestiones de tan profunda responsabilidad moral, nunca puede nacer del propio impulso, sino de la solicitud de los otros”⁶⁶ (64) y avala sus comentarios con algo tan importante como es el haber estado bregando en la realidad clínico docente durante veinticinco años⁶⁷ (64).

2.2.4 La vocación del médico, según Marañón

¿Qué le pide Marañón al médico? A lo largo de mucha de su obra y de manera más o menos directa, Marañón va configurando las características que, según él, debe tener el médico. Para empezar, debe ser alguien con vocación, ese precioso concepto que apela a la llamada externa e interna para la realización de una labor. Para Marañón, será predominantemente interna: “la medicina es una de las profesiones que en mayor medida requieren una fuerte vocación”⁶⁸ (64).

Cuando se lee con calma a don Gregorio, se observa que otorga un origen multifactorial a la vocación, aunque en algunos párrafos ponga el acento en diferentes aspectos de la misma. Por un lado habría que bajar al sótano de la personalidad, incluso más allá, a la herencia, tal como señala: “La afición, la vocación nuestra, emana de raíces hondísimas hundidas en nuestra personalidad, y hay que buscarla, por lo tanto, cuando el hombre es niño; casi antes

⁶⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 349

⁶⁵ *Op. cit.* pág. 350

⁶⁶ *Op. cit.* pág. 323

⁶⁷ *Op. cit.* pág. 327

⁶⁸ *Op. cit.* pág. 328

aún: en los escalones de su herencia”⁶⁹ (107). A veces esto se encuentra tarde en la ruta de la vida, y señala la posibilidad de que la vocación pueda crearse de nuevo, y renacer tardíamente por el influjo de la convivencia cordial de la voluntad aplicada con consciente amor a un destino equivocado⁷⁰ (64) Por otro lado, define que la vocación es “la voz interior que nos llama hacia la profesión o el ejercicio de una determinada actividad”, lo que encajaría con la línea propuesta por Ortega. Ahora bien, lo que marca la vocación auténtica, es un acto de amor: “la vocación genuina, pudiéramos decir ideal, es algo muy parecido al amor.”⁷¹ (64)

“La vocación, para lograr su objetivo, pasa por encima de todos los obstáculos, de todas las adversidades. En esto, como en otras muchas cosas, pueden equipararse la vocación y el amor. El amor que pone condiciones no es amor verdadero. La vocación que exige requilorios para cumplirse, tampoco es vocación. Denúnciase la vocación verdadera, ante todo, por la alegría en el trabajo. El joven que ha encontrado su camino vocativo hace lo que tiene que hacer -y otras cosas que nadie le pide- por el puro gusto de hacerlas, sin saber si van a servir o no...” (102).

Pero ¿Qué tipo de amor? Es, de nuevo, seguimos aquí a Diego Gracia, quien nos pone en la pista del concepto del amor al que aquí se refiere Marañón, que para él tiene que ver con el pensamiento del filósofo alemán Max Scheler, escritor sugestivo y apasionado, tocando constantemente temas morales, religiosos, políticos⁷² (108), en buena parte de su vida desde un catolicismo ortodoxo, y finalmente con tintes panteístas ⁷³ (109). Parte de su pensamiento había sido traducido, apareciendo en la Revista de Occidente en 1927, un año antes de su muerte. Seguramente que Marañón conocería el texto y en él Scheler habla del amor, no como un sentimiento sino como la única vía de relación interpersonal auténtica, la *Mitvollzug*,

⁶⁹ Conferencia “*Notas sobre Huarte*”, pronunciada en el Ateneo de Pamplona en octubre de 1933. Recogida y publicada íntegramente en el libro *Tiempo viejo y tiempo nuevo*, en el capítulo “Juan de Dios Huarte”. Espasa Calpe. Madrid. Col. Austral, 1ª ed. Julio 1940. OC III, p. 282

⁷⁰ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 338

⁷¹ *Op. cit.* pág. 328

⁷² Gamba R. *Historia Sencilla de la Filosofía*. 15ª ed. Madrid: Rialp; 1986. Pág. 281

⁷³ Marías, J. *Historia de la Filosofía*. Alianza Editorial, 14ª Ed., Madrid, 2010. Pág. 383

coejecución, ya que el amor así entendido sería activo, buscando hacer pleno o perfeccionar la realidad de lo amado. No es egoísta, sino todo lo contrario. Como dice Gracia, explicando a Scheler, “amamos a las cosas en tanto que sujetos o soportes de valores, lo que nos lleva a buscar su perfección, por tanto, a realizar lo más posible los valores en ella” (79).

Por eso Marañón insiste en este amor de vocación y vocación de amor, en particular señalando la entrega altruista como consecuencia:

“La medicina tiene dos aspectos que la colocan en el rango de actividades que exigen una vocación de superior categoría, aquella que hemos comparado con el amor y que, por tanto, requiere atracción intransferible hacia su objeto, espíritu de sacrificio y aptitudes específicas. Estos dos aspectos son: su práctica gratuita y entrañable en los pobres (y quizás en los que no lo son) tantas veces comparada con el sacerdote y su estrecha alianza con las investigación científica pura”^{74,75} (64,89).

Para él, el precio a pagar es alto, ya que *“la vocación verdadera lleva con facilidad inesperada hasta los extremos heroicos del sacrificio”*⁷⁶ (64)

“... nuestro deber como médicos, es nutrir a ese espíritu científico que representamos con lo mejor de nuestro esfuerzo. Tenemos que trabajar para vivir, como cualquier otro hombre que gana con sus manos o con su cabeza el pan de cada día. Pero debemos sentir profundamente la responsabilidad de esa otra representación excelsa de que estamos investidos. Debemos, en suma, sacrificar hasta los límites máximos de nuestro oficio para honrar y fomentar nuestro sacerdocio: el humanitario y el científico. Doble esfuerzo, doble sacrificio, doble responsabilidad. Pero el que las rehúya, el que se sienta agobiado por la

⁷⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 333

⁷⁵ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 35

⁷⁶ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 357

carga, que busque otras actividades más tranquilas donde vivir: ¡Que no sea médico!...” (110).

Marañón previene ante lo que considera una posición de poder del propio médico que puede ser un peligroso caldo de cultivo:

“No sin razón... se ha dicho que el médico contemporáneo juega un papel que puede compararse al de los sacerdotes en épocas pretéritas; tanto por su poder como clase, cuanto por la íntima influencia que ejercen en la vida de cada ciudadano. Pero esto que es, repito, verdad, por lo menos en parte, y que muchos médicos pregonan con orgullo, debe ser considerado por nosotros mismos con sincero temor y escrupulosa crítica ... ese encumbramiento del profesional debilita su espíritu de contrición y de crítica y, por tanto, sus posibilidades de progreso” (111).

Si bien Marañón menciona el papel del médico como el de una especie de sacerdote de la ciencia, cuando se trata de bajar de la metáfora a la realidad y para que no haya lugar a equívocos con el sacerdote que desempeña su labor en el ámbito religioso, Marañón marca las distancias entre las labores de ambos:

“ Se ha dicho también, y lo que hemos dicho demuestra cuán erróneamente, que el médico actual ha sustituido en la sociedad al sacerdote. El querer aliviar los males infinitos del alma de los hombres con nuestra pobre técnica profesional (incluido el pretendido psicoanálisis) es un sueño insensato, que si alguna vez se realizara, equivaldría a un retroceso milenario en la estructura del espíritu humano ... la fe en lo sobrehumano es, pues, tan necesaria para el alma de los hombres como la realidad experimental de la ciencia. Ambas son precisas para que nuestra alma no se estanque y se corrompa como el agua sin curso de los pantanos” (112).

López Vega matiza este concepto del amor, según el cual la voluntad desempeñaría un papel esencial. Él destaca que “al desarrollar su teoría de la vocación explicó que la vocación es

una de las formas del amor. Pero esto no es exacto. Porque esa voz interior que nos llama puede nacer no sólo del amor sino también del querer. Y es aquí donde está la clave de su vocación médica. Marañón diferenciaba que mientras el amor tiene como objeto exclusivo el servicio desinteresado a la persona o profesión amada el querer es una cuestión de voluntad. Y si algo demuestra la trayectoria universitaria de Marañón es que sin duda estaba influido por las teorías de la voluntad como motor de las motivaciones de los individuos que Shopenhauer había desarrollado a comienzos del siglo XIX, y por Ramón y Cajal, quien tuvo mucha influencia en su pensamiento. En una carta a Dolores Moya decía: “¡Cuanta voluntad, cuanta alegría para no caer para siempre en los desmayos del alma!” ... (80). Amor y voluntad, voluntad y amor constituyen para Marañón un binomio inseparable que surcaba su idiosincrasia (80). Cuando le explica a Lolita cuáles son sus planes: “No soy ambicioso de la cima sino solo de la subida” (80).

2.3 Los protagonistas de la relación clínica

2.3.1 Características del médico

2.3.1.1 Capacidad moral.

Con este sentido vocacional ha de hacer su ruta el médico. Marañón señala la importancia de la capacidad moral que brota de la anterior, para él, de importancia capital. En un momento, nos dirá que, por ejemplo, "... el juicio clínico se compone de tres factores: intuición, empleo de los métodos científicos auxiliares y rigurosa moralidad... el principal es el tercero ..." (113) y “el médico, como cualquier otro profesional se forma no sólo para ejercer su sabiduría en provecho de la sociedad y en provecho propio, sino también para ejercerla con dignidad y pulcritud moral.”⁷⁷ Desde luego, Marañón denuncia constantemente la limitación de los exámenes para captar esto ⁷⁸ (114) y aunque no le resta importancia a lo que hoy llamaríamos capacidad científico técnica, nos señala que “no dudaría nunca entre un médico

⁷⁷ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 346

⁷⁸ Marañón G. *Efemérides y comentarios*. Madrid: Espasa Calpe; 1955. OC, IX, pp. 581-696. Pág. 605

con instrucción mínima pero con vocación plena y otro muy instruido pero desprovisto de vocación. En la realidad hay que contar con las dos cosas ⁷⁹ (64)

2.3.1.2 Entusiasmo.

La etimología de este término nos remite al griego "*en theos*", (en dios) significando en el ámbito heleno que las personas entusiastas eran tomadas por alguno de los dioses, guiadas por la propia fuerza y sabiduría de su entusiasmo, recibiendo el don de poder interactuar con la naturaleza y transformarla, venciendo así los desafíos de lo cotidiano. Tal vez Marañón compartiera algo de esto cuando coloca a Dios en el horizonte y dice en clave tomista que

"... es evidente que la ciencia, a pesar de sus progresos increíbles, no puede, ni podrá nunca, explicárnoslo todo ...la raya fronteriza del saber , por muy lejos que se lleve, tendrá eternamente delante un infinito mundo misterioso, a cuya puerta llamará angustiosamente nuestro "¿Por qué?" sin que nos den otra respuesta que una palabra: "Dios". Dios, cuya silueta se alza a lo lejos , para unos como una cima ingente y confusa, rodeada de la niebla de la duda; para otros, como un faro luminoso y preciso que extiende hasta el rincón más hondo de lo desconocido su serena claridad"⁸⁰ (115)

o, cuando nos dice que "...el entusiasmo por la ciencia, inevitablemente perecedera y renovadora, necesita del salvavidas de una voz eterna "(116). Lo que sí está claro es que Marañón fue un entusiasta que nos contagia pasadas las décadas, y que para él "Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo"⁸¹ (64). Constituye una excelente profilaxis contra la rutina que se automatiza, ya que, en palabras de nuestro autor, "la mucha ciencia no nos libera, por sí sola, de la esclavitud de la costumbre" (117) y "la profesión más sinceramente sentida y amada, más encajada con nuestras aptitudes, acaba por automatizarse, por perder su roce con el ambiente, convirtiéndose en un mecanismo

⁷⁹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 341

⁸⁰ Marañón G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Madrid: Espasa-Calpe; 1934. OC, V, pp. 287-494, p.295

⁸¹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 348

fácil y al fin, amanerado” (118). Marañón, pues, nos estimula a conseguir que la vocación sea un ejercicio de amor a algo que nos lleva a realizarlo, una obra de creación, y supone, según él, con un entusiasmo al que Marañón otorga el título de cualidad moral excelente:

“...el entusiasmo verdadero, no el del sacamuelas, supone en el médico una cualidad moral excelente. Todo hombre en verdad entusiasta, en nuestra ciencia o en la vida en general, es siempre un hombre bueno ... por eso el hombre o la mujer dolientes, al preferir al médico entusiasta, al antiescéptico, lo hacen porque su instinto sabe adivinar en esa cualidad llamativa que es el entusiasmo, la garantía máxima de su eficacia: la rectitud, sin la cual la ciencia más profunda se embota o se convierte en charlatanería”⁸² (64).

De nuevo escuchamos a Gracia, emparentando los conceptos en Marañón y en Ortega, lo que siempre puede darnos mucha luz para entender el alcance de las propuestas de nuestro autor. Y es que en 1929, en el curso *¿Qué es filosofía?*, Ortega decía:

“Siempre me ha repugnado el frecuente personaje a quien oímos decir que se cree en el deber de esto o de lo otro. Yo me he creído muy pocas veces en deberes durante mi vida. La he vivido y la vivo casi entera empujado por ilusiones, no por deberes. Es más: la ética que acaso el año que viene exponga en un curso ante ustedes se diferencia de todas las tradicionales en que no considera el deber como la idea primaria en la moral, sino a la ilusión. El deber es cosa importante, pero secundaria, es el sustituto, el *Ersatz* de la ilusión. Es preciso que hagamos siquiera por deber lo que no logramos hacer por ilusión” (119)

Gracia señala que, donde Ortega dice “ilusión” Marañón pone “entusiasmo”. En alguna ocasión, equiparará vocación y entusiasmo, como cuando dice

⁸² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 348

“...cuando preguntamos cuál es el secreto profesional de alguien, la respuesta cierta es ésta: no triunfa el sabio ni el hábil, ni el audaz, sino el que con sabiduría o con habilidad, con audacia o sin ella, tiene vocación. Vocación quiere decir, pura y simplemente, entusiasmo. Tiene vocación el que cree en su profesión, en su ciencia y el que guarda incólume esa fe a prueba de los embates de la vida” (120)

Refiriéndose a la experiencia narrada por Ramón y Cajal, Marañón concede que la vocación la enciendan factores externos. Al parecer, cuando don Santiago realizaba sus estudios de Medicina, se quedó prendado ante unas presentaciones histológicas del doctor Maestre de *San Juan*, que le llenaron de pasmo y decidieron su vocación. Eso sí, movido por el resorte del entusiasmo: *“la vocación es siempre un resorte escondido, y sólo el azar -y no los Institutos psiquiátricos- decide el que sea tocado, por quien menos se pudiera esperar, en su exacto momento; y el que, entonces, la luz se encienda para alumbrar nuestra eficacia inédita”*⁸³

Cajal, maestro de Marañón, fue para él un referente y en varias ocasiones recomendaba como imprescindible la lectura de *Reglas y consejos sobre la investigación científica*, con el subtítulo *Los Tónicos de la Voluntad* ⁸⁴, páginas imperecederas según Marañón,⁸⁵ (64) libro que nació del discurso de ingreso que Cajal leyó al entrar en la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, el 5 de diciembre de 1897. Su objetivo fue brindar a los jóvenes investigadores recomendaciones y consejos en su orientación profesional hacia su trabajo en el laboratorio. Contiene, además, reflexiones sobre el papel del científico en la sociedad, el del Estado en el fomento de su formación y trabajos, así como la situación en España de las investigaciones científicas en aquel momento, sus raíces y sus posibles soluciones. Se realizó una primera edición del discurso, que comprendía la respuesta del Dr. Julián Calleja en el Pleno de la Real Academia. La segunda edición en 1898, en forma de libro, fue editada por el cubano Dr. Enrique Florencio Lluria Despau. En dicho libro, dice Cajal que

⁸³ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950
3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.301 (122)

⁸⁴ *Op. Cit.* pp.348-349

⁸⁵ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 334

“todo hombre puede ser, si se lo propone, escultor de su propio cerebro y que aun en el peor dotado es susceptible, al modo de las tierras pobres, pero bien cultivadas y abonadas, de rendir copiosa mies... el secreto para llegar es muy sencillo: trabajo y perseverancia” (121).

A juicio de Marañón, el secreto de Cajal es obvio: “¿Cuál fue el secreto de la inmensa eficacia de Cajal? ... he acabado por llegar a la conclusión definitiva de que en la obra del gran histólogo, ese resorte esencial, fue el entusiasmo” ⁸⁶ (122). Por eso, seguramente atisbamos la influencia de Cajal en Marañón cuando nos dice que la vocación, entendida ahora como la suma de una afición intensa y cordial, puede tener la capacidad de superar la falta de aptitud, a la manera de los tónicos de la voluntad que el Premio Nobel mencionaba: “La afición intensa, cordial, que es en suma, la vocación, vence con toda certeza la falta de aptitud. No hay ser humano que no llegue a hacer lo que quiere con gana, con vocación, por escasas que sean sus condiciones físicas y espirituales para lograrlo. Afición, vocación, es amor al deber, o deber impuesto por el propio y espontáneo amor a lo elegido...” (107). El entusiasmo es, para Marañón, la cualidad más alta del intelectual científico (123). Citando a von Bergmann, refiere que éste contaba con entusiasmo su propia obra “del mismo entusiasmo que si se tuviera la certeza de su eternidad. Porque entonces, perdura siempre en su eficacia aunque, como tal obra, desaparezca ” (124). Es, además, lo que facilitará nuestro trabajo.

Marañón recordaba también a su maestro Cajal, cuando éste hablaba de la confortadora y exacta observación de que los sabios de universal renombre a los que había tenido ocasión de tratar, daban casi siempre la impresión de pertenecer a la “la categoría de inteligencias regulares”, cuando no a la de los hombres de condición intelectual francamente mediocre; pero eso sí, animados siempre por una voluntad de granito ⁸⁷.

Así pues, entusiasmo que emana de una conciencia, sabiendo que el médico ha de trabajar en el estudio a fondo y madurar para solventar las siempre amenazantes ignorancias: “...mi entusiasmo ... emana de una conciencia, que ha madurado la vida; y una vida, más larga todavía que en años, en afanes. Y esa conciencia ha aprendido ya la lección perdurable de que al ahondar en la tierra del saber, para cada trozo insignificante de oro escondido, hay que cavar un hoyo inmenso, que es la medida de nuestra ignorancia...”(125) ya que, decía él, que

⁸⁶ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950
3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.301

⁸⁷ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950

3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377. p.351

“...estar al día es una quimérica aspiración ... en quince años desaparece lo que es estable en el conocimiento científico ” (126). Hoy sabemos que es en cinco, si no menos, cuando los conocimientos científicos han de ser revisados.

2.3.1.3 El deber inventado.

“Cada ser humano se ha derramado fuera de sí para buscar y conquistar, con un bárbaro sentido egoísta, lo que llama sus derechos y ha olvidado mirarse a sí mismo en el espejo de los demás hombres para pensar también en sus deberes”⁸⁸ (127)

El deber cumplido es una almohada en la que se reclina la cabeza y la conciencia (128)

Esa voluntad férrea va de la mano del deber, porque si hablamos de ilusión y entusiasmo en Marañón, ambas, dan un precipitado de deber autoimpuesto. En esto, nuestro autor discreparía de Ortega cuando este nos hablaba de haber visto pocas veces sintiéndose “en deberes” de esto o de lo otro. Es la propia conciencia la generadora de las normas que uno mismo crea: “servir a las normas que uno mismo se creó, al gesto recatado de la conciencia, éste es el sentido humano superior”⁸⁹ (129), el verdadero maestro de cada médico (92) y para Marañón, si hay un tirano, ha de ser ella y no alguien que nos fustigue desde fuera : “del gesto del domador sólo nos liberará para siempre el que cada cual tenga su tirano en su propia conciencia”⁹⁰ (129). Y algo a lo que nuestro autor aspira es, no sólo a cumplir el deber, sino a ir por delante inventándolo: “lo esencial es no el cumplimiento, sino la invención del deber”⁹¹ (64) ya que, según él, “la invención del deber es la forma suprema de servir y, por tanto, el signo cierto de la verdadera vocación” (102). Marañón es realista a la hora de saber lo que conlleva la labor del médico, que en muchas ocasiones supondrá, como toda actividad humana, esfuerzo, y por tanto, dolor⁹² (64). Destaca esa “paciente, anónima, testaruda , suave

⁸⁸ Marañón G. *Raíz y decoro de España*. Madrid: Espasa Calpe; 1933. OC IX, pp.9-96. Pág. 19

⁸⁹ Marañón G. *Ensayos liberales*. Espasa Calpe; 1947. OC, IX, pp. 195-269. Pág. 228

⁹⁰ *Op. cit.* pág. 228

⁹¹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 340

⁹² *Op. cit.* pág. 331

labor de cada día, en la clínica, en el laboratorio, en la calle, donde sea..." (130) que tiene un punto de heroicidad si se tiñe lo diario de trascendencia : "Precisamente, el mecanismo de la perfección, en cualquier manifestación de nuestra vida, reside en no perder nunca el punto heroico que nos conduce a buscar las dificultades donde parece que no las hay , a convertir los actos sencillos, rutinarios, en actos trascendentes " (131). Marañón nos avisa de que "lo que pasa es que todos los hombres propendemos a obedecer a la ley de la menor resistencia; este es el secreto de nuestros mayores pecados en medicina" (131).

2.3.1.4 Clínica e investigación: sinergias para disminuir el dolor.

El objetivo de la vocación en el médico tiene varias vertientes, según Marañón, siendo la principal paliar el sufrimiento de la humanidad doliente:

"Yo tengo la certeza, después de haber pensado mucho en ello y de haber recogido muchos datos en la vida profesional, que el estímulo más importante que nos ha llevado , casi adolescentes, a la Facultad de Medicina es, y esto parece una perogrullada, el impulso de curar al prójimo, de aliviar sus dolores y eventualmente arrancarle de la muerte" (132).

En un momento dado, parece contraponer la labor del investigador con la de la práctica clínica, cosa que, en realidad, él supo compaginar con el apoyo de un buen equipo, pero es obvio que presencié en algún momento el efecto de investigaciones y de datos de laboratorio, emborronando la visión y la misión del médico ante el paciente que tiene delante de sí:

"Este elogio del médico práctico es hoy, como nunca, necesario. Porque el esplendor de la investigación ha creado y glorificado un tipo de médico archicientífico, cientificista, que, en las aulas universitarias y, después, en la vida, se emborracha de datos teóricos y experimentales que, en efecto, debe saber; pero siempre que estén al servicio inmediato de la verdadera misión del médico que es, ahora, como en los viejos tiempos, aliviar el dolor y, si se puede, curarlo. La investigación la deben hacer los investigadores. El médico propiamente dicho, será

siempre un diletante, quizá genial, pero un diletante, en los laboratorios de fisiología; porque ser fisiólogo exige la ofrenda de la vida entera, y esta misma ofrenda total la exige también el arte de ser médico, por humilde que sea su condición” (105)

Para que no queden dudas, nos deja claro que “...la verdadera causa del progreso de la Medicina, no está en la perfección de lo profesional, siendo esto importantísimo, sino en la firmeza de los estudios básicos, que son los fisiológicos...” (133) y “...debe exigirse que cada médico, aún el más modesto, aun el más desprovisto de medios, vea los problemas clínicos con un criterio fisiológico. (Como los fisiólogos, por otra parte, debían plantear sus experimentos con un criterio clínico)” (134).

Marañón, no obstante, insiste en que hay que acercarse a la medicina con verdadero espíritu científico (que él distingue del cientificista) y mantener la visión de un naturalista cuyo único mérito reside en que, a pesar de los años, está todavía en la luna de miel del amor a las cosas ⁹³ (89) y tener cuidado con no ser como “todos aquellos despistados con impaciencia que pasan junto al cadáver y junto a la cama del enfermo y las mesas de laboratorio sin aquella delectación creciente, morosa, que da el contacto con la naturaleza al que posee vocación verdadera”⁹⁴ (64). Es necesario guardar el justo equilibrio, ya que Marañón señala a “toda esa admirable juventud que se preocupa demasiado poco por el hombre enfermo, de la historia natural y patológica del hombre y excesivamente de lo que les puede pasar a las ratas y a los conejos de Indias”⁹⁵ (64).

Surge, pues, el dilema: ¿Ejercer la clínica o investigar?. Clínica e investigación se necesitan. Si bien ambos campos requieren de especialistas plenos en cada uno, hay muchos terrenos de intersección y complementariedad, como hace décadas se viene comprobando. Cajal fue muy escéptico al respecto y hablaba de algunos de sus discípulos “perdidos por desgracia para la ciencia patria en el desierto de la clínica” ⁹⁶ (122). Parece que, finalmente, el

⁹³ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 12

⁹⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 336

⁹⁵ *Op. cit.* pág. 342

⁹⁶ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950
3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.358

propio Cajal reconoció la existencia de varios ejemplos conocidos de médicos prácticos que hicieron compatible su profesión con la realización de una obra de investigación importante. El propio Marañón señala: “Muchos hemos sido y somos médicos por vocación directa e intransferible y no cambiaríamos por nada el placer inefable de buscar las causas del dolor y de intentar disminuirlo. Pero, además, nuestra profesión tiene en su entraña un anhelo, a veces conseguido, de ser ciencia y de contribuir así al hallazgo de la verdad” ⁹⁷ (122).

El hecho de que el médico se dedique a la investigación, precisa de querer ir más allá, de no ser ese médico a medias que criticaba Cajal, falto de la generosidad que también dicha labor precisa. Precisamente, prologando el libro *“La Investigación en Medicina”*, de Rodríguez Candela, nuestro autor le cita para apoyar su tesis de lo imprescindible de llevar a cabo una tarea investigadora:

“El que no investiga por escéptico, el perezoso que oculta su vicio en la lectura excesiva y encubre el defecto tras la cortina del enciclopedismo; y el rutinario que cura sin hacer un diagnóstico, gracias a la gran potencia de nuestros medios terapéuticos, son marionetas bien conocidas por todos. Todos los que no son así investigan. Quizá sin darse cuenta. Ya Cajal analizó y disecó estos tipos del médico a medias, del hombre de ciencia a medias, todos incurso en el mismo pecado de la falta de generosidad” ⁹⁸

La labor clínica, que es lucha con la vida misma, con el dolor y con la tentación de huir del mismo. En esa lucha, no vamos a encontrar la respuesta para todo en los reglamentos, como nuestro autor nos señala:

“El médico lucha cada día con lo único que escapa y escapará a las burocracias y a los reglamentos, a saber, la vida misma ...más aún: la medicina lucha con lo único de la vida que no tiene ni tendrá medida posible, que es el dolor; y con la forma más aguda del instinto de

⁹⁷ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950 3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.358-359

⁹⁸ Marañón, G. “Notas a una monografía”, prólogo a J. L. R. Candela, *La investigación en medicina*, Escuela de Estudios Hispano-Americanos, Sevilla, 1956 (OC, I, pp. 381-384). Pág.382

conservación, que es huir del dolor, tragedia cuyo escenario está en profundidades de la conciencia, adonde los reglamentos no pueden llegar” (105).

De modo que el médico que ejerce, puede ser investigador. De hecho, si quiere avanzar en la sabiduría, ha de serlo: "...supongamos que tienta al médico el afán de investigar. Entonces está colocado en la categoría de sabio puro..." (64). Para ello “el médico debe estar en contacto permanente con la investigación, colaborando en ella cuando se pueda; y si no se puede, siguiendo por lo menos, rigurosamente sus progresos y difundiéndolos en sus lecciones, día a día” (132) ; “para los espíritus bien dotados y, además, generosos, la preparación experimental afina la aptitud contemplativa e interpretativa que caracteriza al verdadero médico” (135).

Marañón considera que es un deber para el médico hacer medicina científica y contribuir a su desarrollo:

“ ... el médico actual tiene, pues, que saber que su simple oficio es mil veces más difícil que hace un siglo . La ciencia se complica en progresión geométrica con relación a los años que pasan. Y en la misma medida aumenta la responsabilidad del profesional... pero, por modesto que sea, por alejado que esté de las organizaciones científicas, subsiste su posibilidad y su deber de hacer medicina científica, constructiva y no tan sólo medicina profesional y de expediente...” (97).

Y, aunque es crítico con lo que condena como una actitud generalizada en los médicos españoles, según la cual el interés en la investigación excesivamente supeditado a los congresos a la vista o a las futuras oposiciones a la vista (136) ⁹⁹, no dejará de enfatizar, para equilibrar la balanza, que el médico ha de tomarse en serio aportar un mínimo a la investigación:

⁹⁹ Marañón, G. “Notas a una monografía”, prólogo a J. L. R. Candela, La investigación en medicina, Escuela de Estudios Hispano-Americanos, Sevilla, 1956 (OC, I, pp. 381-384). Pág. 381

“Para mí es un hecho incontrovertible el que todo profesor de cátedra o todo médico de sala de un hospital bien dotado que en el plazo de dos años no haya contribuido con un mínimo de aportación de investigación experimental o fisiopatológica cotizable al tipo medio de la ciencia universal, debe ser inexorablemente eliminado de su cargo” (112)

Debe ser un labor en la que los fines no justifiquen cualquier medio, ya que aquí también nos dirá Marañón que “...para una generación es más útil un método, una conducta, que un descubrimiento...” (137) ¹⁰⁰ en la que prime la tenacidad en la búsqueda de la verdad, sin prisas, ya que “las soluciones prematuras de los grandes problemas ... han sido para el progreso mayor obstáculo que el de la ignorancia...” (138). Se requiere constancia y humildad en la construcción del enorme edificio de la ciencia, hasta que las circunstancias propicias hagan germinar el descubrimiento: “el hallazgo corriente, el de todos los días, es sólo un grano de arena anónimo en el templo infinito y eternamente inacabado del saber. Y que el mismo hallazgo trascendente, el que ocurre una vez cada siglo, es hijo del genio y de una madre más desconocida y mal dotada: la circunstancia”¹⁰¹ (64) . Una y otra vez nuestro autor apela a la humildad como elemento esencial en el médico: “el ingente edificio de la ciencia debe realizarse como un rito solemnemente desinteresado, ajeno a la idea de vanagloria...” (139). Siempre defensor de esta humildad, fuera y dentro de las aulas universitarias: “...me sacan de quicio los que creen que todo lo saben, en la Universidad y fuera de ella, pero sobre todo, en la Universidad, donde tengo que vivir...”(114).

Botella, hablando del quehacer de Marañón en torno a la investigación y saliendo al paso de comentarios al respecto del aparente abandono de la labor investigadora a causa de otras labores, dice:

<<...se cree y se suele decir, que don Gregorio abandonó la investigación científica atraído por otros movimientos vocacionales , políticos primero, histórico-literarios después. Pues bien, yo me permito decir -y

¹⁰⁰ Marañón, G. “Las hormonas sexuales”, prólogo a B. Zondek, Las hormonas del ovario y del lóbulo anterior de la hipófisis, Labor, Barcelona, 1934 (OC, I, pp. 133-136). Pág. 136

¹⁰¹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 385

casi sólo para esto escribo estas líneas- que no es así. El, como un precursor, nos enseñó el camino. Pero luego, una vez desbrozado, renunció a esta otra tarea, más modesta, aunque igualmente necesaria de empezar dato por dato la construcción del edificio de su detalle. En 1942, con ocasión del prólogo de mi primer libro, Endocrinología de la Mujer, nos decía textualmente ..."ahora el carro de la Ciencia avanza empujado por el esfuerzo de muchos. A la intuición ha sucedido la organización. a la inspiración del cerebro providente, el ambiente saturado de preocupación por la verdad, que prende en muchos hombres, no geniales, sino obstinados, silenciosos, modestos..."¹⁰² (85)>>

Marañón siempre ha señalado que lo meritorio es el esfuerzo callado y heroico del trabajo, por cierto, en contraste con los brillos deportivos pasajeros que no le gustaban¹⁰³ (129). Botella añade: "en todos sus escritos...Marañón nos obliga ...a renunciar a este genialismo ibérico y abrupto y a caminar por otras sendas menos brillantes, pero más eficaces, de la investigación modesta y ... Sólo así el que trabaja calladamente, con un sentimiento sagrado de la continuidad y del esfuerzo, es capaz de entregar algo a los demás y es también capaz de continuar en su mundo de verdad y de razón , la historia de su país , como Paulov continuaba en su país la historia cultural de Rusia"¹⁰⁴ (85). Y es que don Gregorio había elogiado el trabajar al modo de Paulov en un artículo en *Ahora*, el 21 de abril de 1936 ("La lección de Paulov. Parábola del joven impetuoso") En el mencionado artículo, Marañón afirma que Paulov no se quitó nunca su blusa blanca ni dejó de acudir a su Laboratorio de Fisiología ni siquiera en los días de la Revolución de Octubre, pues comprendía que su fuerza revolucionaria estaba en mantenerse en su Departamento de experimentación animal, llegando a amonestar a algún mozo que llegó tarde y pretendió justificar su tardanza por los acontecimientos revolucionarios. Por cierto, en el terreno de lo anecdótico y al hilo de esa admiración por el

¹⁰² Botella Llusíá J, et al *HOMENAJE A MARAÑÓN*... pág. 14

¹⁰³ Marañón G. *Ensayos liberales*... pág. 236

¹⁰⁴ Botella Llusíá J, et al *HOMENAJE A MARAÑÓN*... págs.. 15, 19-20

momento *pauloviano*, Fernández Cruz dice haber sido testigo personal de unas palabras que Marañón tuvo con Botella Llusá:

“Ya que Marañón ponía esto como ejemplo y Botella, joven impetuoso que había leído el artículo, que era investigador y que vivía lleno de inquietudes el drama que amenazaba la vida española, comentó con Marañón este artículo, produciéndose un diálogo del que fui testigo personal. El joven replicó a Marañón y le dijo "el artículo está bien, pero usted no ha pensado siempre así" Y Marañón, con su apolítica serenidad y cargando el acento afectivo al joven al que tanto amaba, le contestó: " esta es mi leyenda y la respeto como si fuera mi historia, pero no creas (dice un proverbio oriental) en la castidad que te predique el eunuco. Solo el que es capaz de errar, el que erró alguna vez, puede enseñar con eficacia el camino recto"¹⁰⁵ (85).

Esfuerzo en medio de un entorno difícil. Marañón, que conoce lo que es laborar en una España precaria, y que tanto ha elogiado la genialidad de Pasteur sobresaliendo en un medio pobre, o la pertinaz obstinación y creatividad de su maestro Cajal, también en un entorno social en absoluto generoso, no duda en reconocer el espíritu heroico de quien investigue en España: “Investigar, en cualquier parte del mundo, es un esfuerzo , una disciplina y una renunciación . Pero en España supone algo más: supone dosis considerable de heroísmo” (140,141). Por cierto que es Ramos Meza quien dice de Marañón, que también él, a diferencia de muchos otros clínicos del mundo, tuvo que iniciar su actuación en un medio pobre y sin densidad científica¹⁰⁶ (142).

A la hora de investigar, hay que despojarse, según nuestro autor, de la cáscara de muchas publicaciones insustanciales y centrarse en el objetivo científico. Él ve el campo de la divulgación científica como algo resbaladizo, que podría entorpecer la labor seria del investigador:

¹⁰⁵ Botella Llusá J, *et al HOMENAJE A MARAÑÓN...* pág. 33

¹⁰⁶ Ramos Meza E. *Gregorio Marañón, gran médico y humanista*. Guadalajara (Méjico): Folia Universitaria; 1961. Pág. 102

“Es importante que el hombre de ciencia no vague, como las abejas, de un orden a otro de conocimiento, recogiendo de cada cual la última idea, sin penetrar nunca en la estructura de los problemas y sin agudizar y especializar el espíritu en las dificultades de su técnica. Nunca será suficientemente fecundo el horror al enciclopedismo superficial, sobre todo en países como el nuestro en el que es tan poco denso el ambiente científico, que los espíritus mejor dotados para la investigación acaban, insensiblemente, por desparramarse y consumirse en las diversas formas del arte y el oficio divagatorios; en la llamada conferencia divulgadora, que se prepara, sustentada en frases hechas, en el tiempo que media de casa a la cátedra; en el artículo de vulgarización escrito y, lo que es peor, pensado al correr de la pluma ...pereza de prepararse para lectores más severos” ¹⁰⁷ (143).

2.3.1.5 Avanzando en equipo

Es cierto que la tendencia ibérica es al individualismo. En un momento dado, expresa:

“se ha dicho del español que el fondo de su espíritu nacional es el individualismo y la rebeldía permanente ante la autoridad estatal. Menéndez Pidal recuerda las palabras de Estrabón -que yo he citado también tantas veces- cuando después de describir las delicias geográficas de España, añade que “los iberos son gente orgullosa, difíciles para toda obra de unión, más insociables que los mismos griegos” (144).

Sin embargo, a pesar del proverbial individualismo español, Marañón observa que en ciertos momentos se arriman los hombros para la tarea: “El espíritu de colaboración indispensable para toda tarea científica es, contra lo que se dice, virtud generosamente concedida a los españoles, aunque, por desgracia, desperdigada muchas veces por no sujetarse

¹⁰⁷ Marañón, G. *Ensayo biológico sobre Enrique IV de Castilla y su tiempo*. Espasa Calpe, Madrid, 1947. OC, V, pp. 85-161. p. 89

a una disciplina eficaz...”¹⁰⁸ (145). Es verdad que se necesita una disciplina y un orden internos, de los que el español, según palabras de Marañón, saca mayor partido cuando trabaja en el extranjero:

“Esa organización que permita la tarea colectiva del progreso de la ciencia es lo que nos falta por hacer y lo que alguna vez se hará ... ¿Por qué no se ha hecho así hasta ahora? Suele decirse a la ligera que porque los españoles somos individualistas, aptos para crear de un modo anárquico y disperso. Pero este tópico, como tantos otros, como el de nuestra pereza, por ejemplo, es un subterfugio para no afrontar la verdad. Cuando el español se siente individualista, , es porque le falta una disciplina y un orden internosnada lo prueba como el hecho del gran fruto que rinde el español en el extranjero...” (140).

Nuestro autor señala: " Es necesario para ello el esfuerzo de todos... Unos, los elegidos por la providencia , hallarán los caminos nuevos. Los demás tenemos un deber más modesto, pero no menos grave: el de hacer de la medicina una profesión exenta de la presunción de que nuestra verdad sea la verdad inconclusa...una medicina antidogmática " (126). Es el trabajo en equipo, por tanto, uno de los pilares sobre el que se sustenta la investigación, cosa plenamente vigente a día de hoy. “El gran clínico que fue Gregorio Marañón, pudo descubrir y modificar ciertos hechos, gracias al magnífico respaldo de su equipo investigador” , nos dirá Cortés ¹⁰⁹ (146). Ciertamente es que la excesiva dependencia de la persona y personalidad del investigador, a quien don Gregorio denomina “el gran profesor”, hace frágil la continuidad del proyecto : “Cuando nos lamentamos de la ausencia de espíritu de equipo que malogra muchas actividades científicas en nuestro país, podría añadirse, sin temor a errar que esa ausencia se debe casi en absoluto a que, entre nosotros, no pueden existir esos auxiliares, que vemos en otras partes, llenos de vocación, que trabajan al lado de los maestros sabiendo que su éxito futuro dependerá de la entusiasta y larga permanencia al lado del gran profesor” (135). Él supo bien lo que es crear equipo, valorar a todos -no se olvida ni de Sor Matilde, una de las enfermeras con quien trabajó y a quien hizo entrega de la Gran Cruz de la Beneficencia (147). Supo

¹⁰⁸ Marañón G. *Antonio Pérez (el hombre, el drama, la época)*. Madrid: Espasa Calpe ; 1947. OC, VI. Pág. 15

¹⁰⁹ Cortés, Guillermo A. Algo sobre Gregorio Marañón. Ahora. San Salvador, 1978. Pág. 45

aglutinar en torno a su persona y proyectos, nada menos que a 158 colaboradores en 1935¹¹⁰ (77), lo que también nos ayuda a entender la capacidad de abordaje clínico e investigador. Por eso, Fernández Cruz dirá que “el Instituto de Patología Médica fue una estructura arquetípica de lo que es la pedagogía que ahora estamos formulando como norma tipo de nuestra Universidad” ¹¹¹ (85). El estilo de ser y hacer ya se había venido forjando. Unos años antes, su discípulo Rafael Vara nos cuenta cómo el propio Marañón hacía escuela conjugando profundidad, sencillez, humildad y pedagogía, lo que atraía a muchos colaboradores que asistían a la clínica voluntariamente, sin ocupar cargo oficial ni remunerado: “Un hecho que llamaba la atención en la Clínica Marañón en los años 1922-23 era la ...familiaridad existente entre el maestro y todos sus colaboradores ... quienes trataban de enseñarnos , a los jóvenes que acudíamos al Servicio Hospitalario , poniendo a nuestro alcance, sin pedantería ni alharacas, sin deslumbrarnos, sino llevándonos de la mano, de una forma sencilla, su experiencia y su saber. No hacían sino imitar del maestro una generosidad sin límites” ¹¹² (85).

2.3.1.6 Buscando al hombre en la enfermedad.

Todo esa labor investigadora y médica ha de ser presidida por la vocación por excelencia: la de conocer al hombre. Como recuerda Ferrándiz, nuestro autor tiene una permanente curiosidad por el alma humana¹¹³ (83). De hecho, " una constante de Marañón, en prácticamente toda su obra, ha sido la investigación del alma humana, la "afición" médica, política, histórica y literaria por el hombre"¹¹⁴ (83). Por todo ello, él mismo nos desvela alguna de las claves de sus incursiones en el terreno del ensayo sobre biografías de personalidades del pasado, terreno en el que va a conjugar ese deseo con la catarsis que ve necesaria, al no poder contar a otros cómo son las personas que pasan por nuestra consulta:

“Podríamos contar los médicos cómo han sido, en verdad, los hombres
que hemos conocido no como parece que son, sino en su exacta

¹¹⁰ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 37

¹¹¹ Botella Llusia J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 27

¹¹² *Op. cit.* pág. 82

¹¹³ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 11

¹¹⁴ *Op. cit.* pág. 43

originalidad. Lo que pasa es que no podemos contárselo a los demás. Por eso a veces algunos médicos, como me pasa a mí, gustamos de escribir biografías de hombres pretéritos, que no son sino historias clínicas liberadas por el tiempo del secreto profesional...” (132).

“Nada hay más trascendente en la vida que poner en claro la historia verdadera de los hombres y extraerlos del infierno -o a veces del paraíso- en que les ha sumergido la pasión de sus contemporáneos” (148).

Eso, en lo que se refiere a su labor de ensayista histórico. Pero también en la consulta, no solo se trata de encontrar la enfermedad en el hombre, sino de descubrir al hombre en la enfermedad:

“La vocación médica se funda en el deseo de curar o aliviar al prójimo, pero junto a esa aspiración tan pura se oculta muchas veces el instinto de superación, el deseo de merecer la gratitud, que es como poseer a otro espíritu. El médico afortunado recibe en esta actitud de sus enfermos una impresión de entrega que no puede tener, en condiciones parecidas, el abogado, o el ingeniero o el político ... después de esta raíz de la vocación médica existe otra muy importante, que es la vocación de conocer al hombre. Al hombre en su integridad no se le conoce hasta que sufre... por eso algunas veces preferimos escribir biografías de hombres pretéritos...” (149).

Por eso, explicándose ante el hecho de sus estudios sobre estos hombres pretéritos, de los que se extraen interesantes conclusiones a día de hoy, refiere:

“La historia médica requiere el conocimiento exactísimo de la técnica del investigador histórico; la noción precisa y, por lo tanto, humilde, de hasta dónde puede llegar el médico, como tal médico, en la cala del alma de los hombres; y la cautela en los diagnósticos de los personajes ya fenecidos y en las interpretaciones sociales que la imaginación y la

buena voluntad invitan a extraer de tales diagnósticos pretéritos”¹¹⁵ (150).

“...en la fase tercera iniciada ya cerca de nosotros, se aplican los conocimientos biológicos y médicos a la interpretación del temperamento y del carácter de los pretéritos personajes para buscar así el origen de los hechos que se archivan luego en los anales y en las crónicas” (151).

Obviamente, el estudio de lo acontecido en el pasado tiene mucho interés para nosotros en el presente porque nos podemos identificar con muchos aspectos pretéritos:

“...si los sucesos históricos no tuvieran relación alguna con los contemporáneos, si su eco remoto no rebotase en la actualidad, ni nos interesarían ni los escribiríamos los que gustamos de hacerlo, ni los leería absolutamente nadie...” (152).

Eso sí, para esta labor es imprescindible, según él, quitar los elementos míticos, heroicos, que hacen que los personajes históricos se vean inalcanzables, para buscar las lecciones que podemos aprender de su humanidad con todas las letras:

“...lo menos típico, en cada época, son los héroes. Lo fundamental de la vida heroica es siempre lo mismo. Y por eso, el gran equívoco de la Historia que a todos nos han enseñado, el que la Historia no sea “maestra de la vida” como reza el apotegma clásico, se debe a que los profesores, a partir del perturbador Plutarco, han trazado del pasado un teatral esquema, sustentado en la vida de los héroes llamados “representativos” que, en realidad, sólo representan una ficción, pero vacío de humanidad verdadera, cálida y anónima; y , por ello, de ejemplaridad dudosa o decididamente ineficaz”¹¹⁶ (89).

¹¹⁵ Marañón, G. “Una de las musas de la historia”, prólogo a M. Izquierdo, Historia clínica de la Restauración, Plus Ultra, Madrid, 1946 (OC, I, pp. 721-727). Pág 725

¹¹⁶ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 10

Es curiosa la aportación de la psicóloga Alejandra Ferrándiz, quien apunta la posibilidad de que en las biografías de los personajes históricos haya algo más de lo que parece obvio. Se trataría de la posibilidad de que tengamos en ellas más del propio Marañón de lo que aparece a simple vista: "... nos atrevemos a deducir los rasgos más o menos ocultos que, partiendo del Marañón hombre, esbozan o modelan al personaje del que se trata. De la propia realidad diseccionada del hombre Marañón, que recrea al personaje histórico, va formándose un mapa del que se reciben directas informaciones psicológicas sobre quien parece actuar como forense" ¹¹⁷ (83), aunque escapa del objeto de nuestro estudio abordar con precisión este tema.

Uno de los retos que siempre tenemos los médicos prácticos, inmersos como estamos en el fascinante mundo tecnológico, es el de perder la visión integral del individuo concreto que tenemos delante. La socialización de la práctica médica, que ha traído innumerables ventajas, ha traído consigo tanto la burocratización como la necesidad de medir los resultados de la actividad, de diferentes maneras. La buena gestión sanitaria es imprescindible, pero se corre el riesgo, como apuntábamos al inicio, de que los supuestamente imprescindibles protocolos a rellenar, con el deseo entendible de cumplir las diferentes carteras de servicios, contribuyan a que se le dé a estos una importancia más allá de su función instrumental, de modo que el paciente, con su relato, y, en definitiva, el encuentro interhumano, se alejen. En cada época, el reto surge con diferentes gigantes a la vista a los que enfrentarse. Marañón señala los riesgos de que el espíritu científico con el que debemos abordar la labor, pierda de vista el dolor del individuo que tiene junto a sí.

"El médico cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual y, por muy lleno que esté de entusiasmo por la ciencia, ha de estar siempre dispuesto a adoptar la paradójica postura de defender al individuo cuya salud se le ha confiado, frente al mismo progreso científico"¹¹⁸ (79).

¹¹⁷ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 10

¹¹⁸ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 95

Para él, la medicina puede perder rápidamente su componente personal, asunto que a veces salpica a la enseñanza (149). Esto lo veremos más adelante

2.3.1.7 Prevención frente al profesionalismo y el cientificismo.

“La moda científica
es la más perjudicial y odiosa de todas las modas” ¹¹⁹(153)

Marañón dedica varias páginas a lo largo y ancho de su obra, a intentar vacunar a quien se quiera dejar, contra el profesionalismo y el cientificismo: “Todas las lacras de nuestra Medicina pueden reunirse en las dos grandes manifestaciones del dogmatismo: una, práctica, el profesionalismo y otra, técnica, el cientificismo” (126). Fue uno de los protagonistas de un periodo en el que la propia Medicina iba teniendo un progreso exponencial, ganando un prestigio como ciencia a costa, incluso, de la propia persona del médico: “En la moderna cotización de la ciencia de curar baja, pues, el valor del médico y sube el de la medicina” (154) “como el que gana las batallas después de muerto, la ciencia las gana por su solo prestigio”¹²⁰ (64) . Esto tiene siempre su contrapartida, porque se puede diluir el individuo que investiga y en el quehacer científico hace falta todo ese conglomerado de diferentes personalidades compartiendo ideas:

“Lo que pasa es que lo que se ha ganado en ciencia se ha perdido en personalidad humana. El hallazgo, el descubrimiento, no brota ahora de una mente iluminada, sino de un equipo bien organizado. El saber se derrama como una marea, no solo entre los que se dedican a investigar, sino entre los simples profesionales y también entre los propios enfermos que aprovechan la ciencia y sus aplicaciones prácticas” ¹²¹ (155).

¹¹⁹ Marañón, G. *Climaterio de la mujer y el hombre*. Espasa Calpe, Madrid, 1937 OC VIII, pp.7-246, p.13

¹²⁰ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 347

¹²¹ Marañón, G. “La medicina moderna”, prólogo a A. L. Clairville, *Dictionnaire polyglotte des termes médicaux*, Sipuco, Paris, 1952 (OC, I, pp. 361-363). Pág. 362

El protagonismo de la ciencia es del agrado de Marañón, quien al avanzar hacia su propia madurez, se muestra preocupado de manera creciente por la Medicina como problema individual, como ciencia y como profesión en el sentido impersonal (92). Porque su opinión es que, si bien la Medicina, como ciencia, ha progresado en proporciones increíbles, como profesión, ha retrocedido a la retaguardia de los más inconfesables profesionalismos¹²² (127), porque se ha perdido el espíritu artesanal que ennoblece el oficio de la Medicina (122), y el amor “al humilde y santo oficio de médico” y es, al considerar esta como una simple manera de ganarse el pan, cuando se cae en el profesionalismo.¹²³ Marañón lo define de manera simple: “Consiste el profesionalismo en el intento de convertir en lucrativa la profesión” (126), de lo que nuestro autor sugiere que se huya ya que, además, ve en ella la manifestación práctica del dogmatismo (156):

“El pecado de los médicos, de unos decenios a esta parte es, en efecto, el profesionalismo, el haber abdicado de cuanto tenía nuestra misión de entrañable, de generosa -de sacerdotal, según la consabida frase hecha- para intentar convertirla en una profesión científica, esto es, exacta, como la del ingeniero o la del arquitecto, o, en cierto modo, como la del boticario; pero, además, en una pingüe profesión. El negocio resulta francamente malo para el médico. Por mucho que quiera, su ciencia seguirá siendo una ciencia embrionaria, llena de lagunas y de inexactitudes”¹²⁴ (157).

El espíritu mecanicista, que tantos avances genera en el terreno científico, ha de ser, según él, un medio más que un fin¹²⁵ (127) y nos avisa de que un positivismo excesivo suele conllevar un retroceso ético si limitamos nuestro quehacer al encumbramiento tecnológico:

¹²² Conferencia *Los deberes olvidados*, pronunciada en el Centro Cultural del Ejército y la Armada, de Madrid, en junio de 1933, y publicada, con nuevas anotaciones, en el libro *Raíz y Decoro de España*, Espasa Calpe, Madrid, 1ª ed. 1933. OC III, 241-264. Pág. 256.

¹²³ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950 3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.358 (122)

¹²⁴ Marañón, G. “Sobre la responsabilidad médica”, prólogo a E. Benzo Cano, *La responsabilidad profesional del médico*, Escelicer, Madrid, 1944; (OC, I, pp. 205-216). Pág. 214

¹²⁵ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 53

“La causa de este retroceso ético en la medicina contemporánea ha sido el excesivo crédito que hemos dado a las ciencias positivas; o de otro modo, la excesiva valoración que nosotros, como los demás hombres, hemos acordado a los técnicos. Si la Medicina es un simple manejo de técnicas, como con necia vanidad hemos llegado a creer, está explicada la actitud profesionalista, que en el fondo es siempre lo mismo: exigencia excesiva de derechos y tacañería en el rendimiento de los deberes”¹²⁶ (127).

Las lagunas e inexactitudes inherentes a la ciencia médica que ha mencionado, “solo se pueden disimular con amor”.¹²⁷ Por eso lo imprescindible del amor a la profesión que dignifica al médico:

“Sólo así se es dignamente médico, con la idea, clavada en el corazón de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura; pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor” (158).

No hemos de confundir la el profesionalismo que Marañón denunciaba con la idea actual de profesionalismo, muy distinta de la idea que Marañón quería combatir. Nos referimos al movimiento de carácter ético originado en ámbitos académicos en Estados Unidos, en la década de los años ochenta, y que pretenden definir los rasgos esenciales del buen hacer de la profesión médica (159). No es el objeto de nuestro estudio entrar en ello, pero nos ha parecido oportuno considerar este matiz.

Volviendo a Marañón, otro compañero indeseable del profesionalismo tal como él nos lo explica, es lo que nuestro autor denomina científicismo, y que critica porque, según él, da una apariencia científica al profesionalismo, pero no deja de ser la manifestación técnica del dogmatismo que combatió, por ejemplo en su conferencia “*Crítica a la medicina dogmática*”, en 1950¹²⁸ (80).

¹²⁶ Marañón G. *Raíz y decoro de España* ... pág. 32

¹²⁷ Marañón, G. “Sobre la responsabilidad médica” ... , Pág. 214

¹²⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 391

López Vega sintetiza cómo:

“Marañón reivindicó la lucha contra la medicina dogmática , algo de lo que hizo bandera toda su vida. Si el doctrinarismo que había caracterizado la medicina durante el siglo XIX aplicaba de manera exacta y minuciosa los tratamientos tras el estudio exclusivo de los síntomas... llegado el siglo XX las nociones de enfermedad, enfermo y patología estaban cambiando. Marañón abogaba de nuevo por una enfermedad que se ajustase al individuo y no al revés. Había que desplazar el foco de atención médica de la enfermedad al enfermo. Marañón daba un paso más allá y como con indudables perspicacia, señalaba que el reto de la medicina futura era la medicina preventiva.”¹²⁹ (80).

En palabras del propio don Gregorio, “estamos en el trance de exigir a todos la actitud de inteligente antidogmatismo que se necesita para dar a la medicina su exacta dimensión” (126). El cientificismo para Marañón, además de una muestra del “paletismo de la ciencia” del que el médico es, en realidad, casi siempre el primer adepto y víctima¹³⁰ (160,161). “Por cientificismo se entiende, en el caso mejor, la fe excesiva en todo lo que viene con la etiqueta de la ciencia; y, en el caso peor, se llama así al manejo intencionado de todo lo que parece ciencia[...] el cientificismo es creer en la ciencia como los papanatas, que es el verdadero dogmatismo” (126). Opina que, en su origen, puede haber una reacción a tiempos anteriores, excesivamente empíricos y teóricos (162). Otra vez vemos a Cajal en el horizonte referencial de Marañón:

“Participaba el cientificista, tal vez, de los rasgos del hombre intelectual que Cajal llamó “teorizantes” y también de los “bibliófilos y políglotas”, pero no es enteramente como ellos. ...el cientificismo es, repito, la exhibición y la valoración indebidas de un conjunto de datos que parecen ciencia y que, a veces, lo son en realidad. No se trata, entiéndaseme bien, de inventores de cosas que no saben. El cientificista sabe muchas cosas; el ser cientificista a la perfección no es empresa

¹²⁹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 228

¹³⁰ Marañón, G. *La medicina de nuestro tiempo*. Espasa Calpe, Madrid, 1953. Recogida la cita en OC X, p.265

banal. El quid está en que el científicista da una categoría dogmática, excesiva y sin crítica, a todo su vasto saber, abusando de su posición y de su crédito, para hacer comulgar , a discípulos y oyentes, con ruedas de molino” ¹³¹

Este manejo de múltiples datos, puede dar lugar a un brillo equívoco: “Es un error de nuestra época el clasificar a los médicos por su sabiduría científica. Nadie discute que todo médico debe afanarse por seguir los progresos de la ciencia y utilizarlos para su profesión. Pero la actitud científicista, del mucho leer y el poco observar, es una idolatría y, como todas las idolatrías, un pecado mortal” (105). Por eso alabará la labor de uno de sus colaboradores, Teófilo Hernando, al decir de él: “Cada tiempo tiene su oratoria y Hernando ha contribuido mucho a crear la del nuestro, eliminando un vicio viejo, el énfasis y defendiéndola de los peligros nuevos, el científicismo engreído y el vacuo alarde de erudición” (128).

Para él, entrar en esta dinámica es ejercer la pseudociencia, que, tal vez pueda prender con más facilidad, nos dice, en nuestro ambiente meridional:

“Acaso en nuestras razas se hace más escandaloso, porque la pseudociencia ha sido rápida y fácilmente aprendida y manejada por el vivaz ingenio meridional; y, sobre todo, porque lejos de ser manufactura sospechosa y perseguida, aquí tiene un prestigio casi universitario, ya que, con esta fogarata de virutas científicas, cuyas chispas son las citas, las fórmulas y los esquemas, se ganan entre nosotros las cátedras con más facilidad que con que con largos años de callado trabajo pedagógico y creador” ¹³²

Sin duda Marañón fue aquí un visionario , ya que la inflación de publicaciones en el ámbito médico, muchas veces sobre temas reiterados, o que apenas aportan sustancia ni ideas novedosas, sigue siendo una realidad en nuestros días, en los que, en esos casos, pareciera que

¹³¹ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950 3ªedición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.360

¹³² Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950 3ªedición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.361

prima más aparecer como autor de cualquier comunicación, en vez de estar preocupados por aportar un granito constructivo al enorme edificio de la ciencia. En su día observó, además, que todo esto daba pie a la generación de un montón de fármacos inservibles sin claro fundamento fisiológico:

“La apariencia científica del profesionalismo médico actual tiene dos manifestaciones típicas: la abundancia excesiva de publicaciones que no tienen un sentido científico profundo y que aparecen en libros y en revistas de absoluta seriedad; y la abundancia excesiva de medicamentos inservibles, vacíos de fundamento fisiológico y, no obstante, fabricados en laboratorios importantes y bajo normas que tienen todos los caracteres de la más estricta seriedad” (163,164).

Es obvio que el desafío sigue vigente. No es de extrañar todas las llamadas que hoy en día se hacen a la prescripción prudente y, en muchos casos a la “*deprescripción*” farmacológica: a que el médico responsable tenga como meta quitar del tratamiento la medicación de dudosa utilidad, que muchos de nuestros pacientes toman sumisamente.

Todo esto nos puede confundir a primera vista, ya que pareciera que Marañón contempla como válidas, en ocasiones, una cosa y su contraria, en esa mentalidad jánica que algunos le han atribuido ¹³³ (79). Por un lado, nos habla de la necesidad del subrayado humanista en el quehacer profesional, previniendo de dogmas de la ciencia, y por otro, él mismo es un ejemplo en la promoción y en la realización de labores investigadoras. Como ilustración de la complementariedad de ambos enfoques, resulta curioso ver, en la década de los 50, cómo los jóvenes profesionales del momento creían percibir dos estilos profesionales diferentes: uno, el humanista, representado por Marañón y otro, de corte más científico, siendo Jiménez Díaz su principal representante. Es López Vega quien recoge lo vivido a ese nivel, señalando que ambos maestros, en público, decidieron tratarse con máximo respeto y cordialidad señalando que muchos interpretaron el Manual de Diagnóstico Etiológico de Marañón como un alegato contra Jiménez Díaz¹³⁴ (80,165) . López concluye que:

¹³³ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 211

¹³⁴ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 392

“En realidad eran dos modos complementarios de ejercer la medicina [...] Marañón, ante una creciente tecnificación de la práctica médica, insistía una y otra vez en la importancia de escuchar al enfermo, de conocerle a él y su circunstancia familiar, su psicología y las particularidades de su organismo para, de esta manera, diagnosticarle y tratarle correctamente. Jiménez Díaz, por su parte, puso en marcha y desarrolló un excelente servicio donde se procuraba hacer todo tipo de pruebas al enfermo para, con los resultados en la mano, establecer el tratamiento adecuado”¹³⁵ (80).

Desde luego que son modelos complementarios y hoy podríamos decir que sinérgicos, como en la introducción hemos tenido ocasión de señalar, al comentar algunos de los estudios que demuestran una mayor eficacia en la relación clínica, entendida esta como mayor satisfacción de médico y paciente, mejoría en algunos de los problemas de salud y adherencia al tratamiento, todo ello, cuando el médico está mejor formado en comunicación clínica.

2.3.1.8 El “anti-cientificismo” generador de ciencia.

La fecundidad en las labores de investigación tendrá que ver con algo que Marañón siempre propone: la rebeldía ante el dogma científico (del cientificismo ya nos ha hablado) y de que el médico tenga aptitudes generalizadoras:

“El valor de la obra de un médico –en general, de un biólogo– depende de factores absolutos, eternos y de factores circunstanciales, relativos. Aquellos son los hechos nuevos aportados al acervo de la ciencia, que hacen tan perdurable como ellos mismos el nombre de su descubridor. Los factores circunstanciales que [...] hacen fecunda la labor de un investigador, son, principalmente, su labor de rebeldía ante los dogmas científicos de su tiempo y sus aptitudes generalizadoras.” (166)

¹³⁵ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 391

De hecho, Marañón concede que hay un punto de eficacia en el quehacer médico que queda al arbitrio del paciente, quien juzga las cosas, no siempre con el criterio científico, y , con todo, dicho médico sigue siendo eficaz a sus ojos. Sin que esto dé lugar a malentendidos, ya que el contexto en el que menciona esto es el de contrapesar al cientificismo, pero sin que esto dé lugar a pensar que Marañón pudiera avalar cualquier atisbo de charlatanería inútil en el quehacer profesional. No hay más que recodar cómo nuestro autor participó en el debate mediático frente a las estimulaciones trigeminales del doctor Fernando Asuero, que tanto éxito y revuelo produjeron pero que carecían del contraste científico pertinente.

Cuando uno está imbuido en su papel investigador, hay que publicar con criterio. El papel que para el polígrafo Marañón tiene el escribir y el publicar, en el ámbito del saber médico, es claro:

“...el escribir, el publicar, ha dejado con frecuencia de ser lo que legítimamente puede justificarlo, esto es, el procurar un instrumento de trabajo o el servir a la expresión a hechos o ideas nuevas; y hoy por hoy es sólo, en tantas y tantas ocasiones, la adición de un mérito más en la lista de lo que se exige para alcanzar, en lo profesional o en lo científico, las categorías señeras” (167).

Tiene que ver con contribuir a la búsqueda de la verdad: “nuestra profesión tiene en su entraña un anhelo, a veces conseguido, de ser ciencia y de contribuir así al hallazgo de la verdad” (135), lo que supone en reiteradas ocasiones luchar contra el pensamiento mágico de pacientes y , seguramente, no sólo de ellos:

“He querido recordaros que en la lucha de la medicina para desprenderse de la magia, para ser cada día más racional, hay todavía muchos errores, porque la magia está adherida a la mente humana con raíces profundas y, a veces, resulta que los intentos más rigurosos para conducir a la medicina por un camino científico se convierten sin darnos cuenta en mitos nuevos, , en nuevas formas de magia ... hay que hacer de vez en cuando examen de conciencia...” (168).

Como buen clínico que es, considera que la investigación ha de estar al servicio del “arte empírico y humilde de curar”: “Todos estamos un tanto embriagados por el esplendor de las disciplinas experimentales que vigorosamente crecen a la sombra de la Medicina; y, a veces, parece que va a olvidarse que el experimento es sólo un accesorio del arte empírico y humilde de curar” (169). Aún va más allá, cuando nos sugiere que en el menú de la investigación, pongamos el ingrediente de la imaginación, no sin que nuestro autor muestre sus reservas sobre el modo de llevar a cabo esto en nuestra cultura, sobrante de imaginación: “El experimentar por experimentar, ha dicho Huxley recientemente, amenaza anular la imaginación del hombre ... tal vez en España, donde padecemos el mal de la imaginación excesiva y de la escasa inclinación a comprobar objetivamente lo imaginado, parezca peligroso este elogio a la imaginación”(126). Tal vez, nos dirá en otro momento, es la clave del éxito de Fleming, a quien tuvo oportunidad de conocer: “Fleming era un joven soñador, muy dado a la fantasía y precisamente por eso descubrió la penicilina”¹³⁶ (93).

2.3.1.9 El peligro del mercantilismo pseudocientífico

Marañón, tiene, por un lado, una actitud muy favorable hacia la industria farmacéutica, cosa perfectamente comprensible si nos situamos en la época en la que le tocó vivir, un momento de desarrollo de dicha industria desde lo más incipiente. Por eso nos dirá: "Abramos los brazos a la farmacología industrial ... los representantes de las fábricas de drogas ...han logrado desalojar de nuestros despachos a los representantes de seguros de vida y es cuanto hay que decir en la alabanza de su celo" (170). Él mismo formó parte del Consejo de Dirección de Laboratorios Ibis,¹³⁷ (80). En uno de los homenajes a maestros desaparecidos, Marañón escribe desde la revista Ibis, y dice de sí: “Estuve entre los primeros que actuaron en el entusiasta proyecto Ibis...”(171).

Sin embargo, según la industria crece, expresa su preocupación por algo que percibe no tan fuerte en España como en otros países: el mercantilismo entre la industria farmacéutica y la propia clase médica. Seguramente se dejó llevar por su optimismo, inasequible al desaliento,

¹³⁶ Gómez Santos M. *Diálogos españoles...* pág. 70

¹³⁷ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 419

atribuyendo a España una profunda moral protectora, donde posiblemente lo que había era, más bien, una insuficiente expansión de la industria en los años en los que escribe lo siguiente:

“Por fortuna, en España el morbo del mercantilismo alcanza gravedad mucho menor que en la mayoría de los otros países de Europa y de América. Pocas cosas expresan la profunda raíz moral de nuestra patria como la relativa inmunidad de sus profesionales a esos repugnantes tratos entre médicos y comerciantes o entre médicos y médicos que con tanta certeza y categórica energía anatematiza en su libro el Señor Alonso Muñoyerro. Ya nuestro Feijoo hablaba con indignación de las “ilícitas colusiones entre médicos y boticarios”¹³⁸ (64).

Esta industria que, por un lado, es necesaria en una economía libre y de mercado, desempeñando su papel, y ha demostrado ser capaz de generar medicamentos seguros y efectivos. Por otro lado, no podemos ser ajenos al hecho de que están al servicio de sus propios intereses y, en esto, España no ha sido más inmune que el resto de países. En los últimos años se ha tenido que desarrollar un código ético que regule la relación de los médicos para con la industria, que, en parte, ha ayudado en el debate que esto genera. La tensión sigue en vigor, y la fuerza de las farmacéuticas sigue siendo de enorme calibre. Con acento comercial buscan infiltrarse a través de elementos docentes, incluyendo publicaciones de corte científico (172) o subvencionando a las propias sociedades científicas y poniendo en entredicho la necesaria independencia que debe caracterizar al médico. En muchas ocasiones contribuyen a la medicalización de los malestares de la vida cotidiana (173,174), como concluyen, tras un interesante análisis, Novoa *et al*: “Es necesario recomponer la alianza entre la medicina y las industrias farmacéuticas alrededor de los valores esenciales de la medicina como no hacer daño, beneficiar a los pacientes y poblaciones con la aplicación de conocimiento relevante y seguro, y la distribución equitativa de los bienes clínicos que son comunes” (175).

Pues ya, en su época, Marañón denunciaba la inflación de reuniones innecesarias, al servicio de la maquinaria de dicha industria, siendo este un aviso plenamente vigente tantos años después:

¹³⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 358

“Las conferencias sin venir a cuento, llenas de énfasis y de aparatosas y no siempre necesarias proyecciones, de los congresos, plaga de los tiempos actuales, en los que ya es lugar común destacar el notable predominio de los divertimentos y exhibiciones sobre la estricta labor de investigación” (126).

Esta infiltración disfrazada de docencia, desarrollando estrategias reiterativas en la formación, a veces avaladas en la promoción de los productos, por los que consideran líderes de opinión en el ámbito sanitario, a quien Marañón duda en llamar sabios: “La máquina de propaganda de la formidable industria farmacéutica contemporánea ayuda al equívoco, presentando a los médicos los productos con la garantía de opiniones firmadas, quizá por nombres ilustres pero de gravedad no siempre paralela a su sabiduría” (126).

2.3.1.10 La motivación en positivo

“El secreto de cuidar del paciente
está en cuidar del paciente”.
(Francis Peabody, 1927)

En un homenaje a un colaborador en el Instituto de Patología Médica, Marañón señala: “Mientras Dios quiera, seguiremos trabajando lo mejor que podamos por el bien de todos, que es la paz en el trato humano y por la dignidad de nuestra medicina” (176). Esto, que podría ser un gran marco genérico de actuación, lo concreta en otros momentos, destacando la importancia de la persona del enfermo en el horizonte del médico. Por eso Marañón propone lo que podría ser una higiene de las motivaciones en el médico que ha de acompañar al paciente en la ruta dolorosa. Como siempre, propone que le mueva el celo por el enfermo. El 3 de diciembre de 1933 fallecía en Madrid el médico, profesor y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, Francisco Huertas y Barrero, quien fuera uno de los más acreditados clínicos españoles de la época contemporánea, dedicado al estudio metódico de los enfermos, manifestando un cuidado especial en los tratamientos. Seis días después, Marañón leería un discurso en la propia Academia, en su homenaje:

“...cuando, apenas pasados los cuarenta años, empezamos a sistematizar el esfuerzo y a ahorrar ese chorro de desprendimiento que

supone cuidar de los que sufren, nos debe llenar de respetuosa admiración la conducta generosa de los que, como Huertas, multiplicaban el celo por cada enfermo a medida que su edad crecía... era el único que hacía con escrupuloso rigor las dos visitas que prescriben los reglamentos del siglo XVII...estaba ya muriéndose y su último delirio fue querer vestirse para salir a ver a un enfermo hipotético ...este sueño final fue como el símbolo de su vida entera: el dolor de los otros sobre su propio dolor” (177).

Muchos fueron testigos de cómo Marañón trabajó en esa dirección, engrasando con la caridad el propio oficio. Él dejó dicho: “Ser, en verdad, un gran médico, es algo más que el triunfo profesional y social, es [...] el amor invariable al que sufre y la generosidad en la prestación de la ciencia, que han de brotar, en cada minuto, sin esfuerzo, naturalmente, como de un manantial”¹³⁹ (79). Él lo cumplía, como cuando en febrero de 1909 tuvo lugar un brote de tifus en el hospital. Lolita, por entonces su novia, le pedía “casi de rodillas” que no se expusiese al contagio. Sin embargo, su propia vocación le llevó a asumir el riesgo, quedándose a cuidar de Ruiz Falcó, compañero suyo que sí lo había contraído, por lo que le contestó:

“No puedo dejar de asistir a Falcó; no; no porque sea un amigo, sino porque es un semejante que está en peligro grave, por lo que continuaré viéndole. El oficio de médico, si no tuviera algo de caridad, sería peor que el último de los oficios. Todo lo científico, lo de laboratorio, es muy hermoso, pero la parte práctica, si no se hiciese más que porque le iban a dar a uno unas pesetas, sería bastante parecida al trabajo de los poceros...”¹⁴⁰ (80).

¹³⁹ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 307

¹⁴⁰ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 55

2.3.1.11 La motivación en negativo

La amenaza de perseguir fines distintos al mencionado, está siempre presente. La motivación del médico no puede ser el amor al dinero y la fama. Mientras escribo estas páginas, leo en la prensa que 47 médicos de la sanidad pública y privada han sido imputados por el cobro de comisiones ilegales desde la empresa Traiber para utilizar prótesis de rodilla, cadera y columna de esta compañía, que también está siendo investigada por comercializar productos caducados y sin los certificados legales en regla (178). Marañón fue un optimista antropológico. Incluso hablando acerca de la obesidad, se refería a ello como un problema que algún día habría de desaparecer. Como comentan Álvarez Hernández, Moreno Esteban y Gargallo Fernández, al hilo de perspicaz visión de Marañón con respecto a asuntos de alimentación, “probablemente Marañón peque de optimista sobre la capacidad de las siguientes generaciones para resolver problemas que a él se le antojaban de evidente solución, aunque también podía argumentarse que nuestra capacidad para empeñarnos en perpetuar conductas aberrantes, que ya fueron denunciadas hace 60 años, supere la imaginación de cualquier pensador, incluido el profesor Marañón¹⁴¹ (77). A pesar de este optimismo marañoniano, otorgando a la conciencia del médico ser el único juez, el devenir de la conducta profesional en muchas ocasiones ha hecho necesario el desarrollo de legislación protectora de los derechos de los pacientes y, en guardia contra la corrupción, la de los médicos incluida. En *Vocación y Ética* y en muchos otros sitios, nuestro autor insta a que el médico tenga claro cuál no debe ser su motivación: la búsqueda del aliciente pecuniario. Piensa Marañón que:

“El siglo XIX creó el tipo del médico poderoso e hizo desaparecer, rompiéndola en pedazos, la vieja estampa romántica del doctor desinteresado, consejero de todos, abierto a todos los sacrificios, sin otra recompensa que la conciencia del deber cumplido y un modesto pasar de proletario ... aún quedan algunos ejemplares de tal especie perdidos por los pueblos ...sin embargo esa humilde profesión

¹⁴¹ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 135

hipocrática, tan vecina de la del sacerdote, cuando el sacerdote es bueno, es la expresión más eficaz de nuestro arte¹⁴² (127).

Por cierto, que Marañón denomina en alguna ocasión a los médicos como “una especie de sacerdotes de la religión humana de la que forman parte todos los hombres” (164). Esa “expresión eficaz de nuestro arte” que acaba de mencionar, peligra cuando el motor es el afán de lucro: “...lo que tiene de noble el arte médico, es decir, lo que tiene de socorro al dolor humano y de anhelo por llegar a la verdad - de nuevo estos dos ingredientes- todo esto no sólo no padecerá por la disminución del aliciente pecuniario sino que será más refinado y eficaz”¹⁴³ (64). Es consciente del peligro ya que, en su época, él mismo nos refiere que “por desgracia nuestra profesión y actuación social ...tiene elementos espectaculares de éxito en apariencia fácil y brillante”¹⁴⁴ (64), situando Marañón en un plano más realistas a los cautivados por esto, ya que resulta una fantasía en la mayoría de ocasiones: “La realidad impone algo muy diferente: muchos años de estudio penoso, un aprendizaje hospitalario lleno de sinsabores y después, casi siempre, la áspera profesión del médico rural o de las sociedades urbanas modestas” (64). Una profesión bien sentida proporcionará satisfacciones inmensas, que harán que el médico se sienta más que satisfecho, dando por hecho Marañón que los médicos suelen alcanzar un bienestar moderado y más o menos lustroso y que no se necesita más¹⁴⁵ (64). La Medicina no debe ser nunca objeto de lucro (106) y considera esencial que el médico no haga nada, jamás, pensando en el dinero que lo que hace le pueda valer (126). Marañón distinguirá entre bienestar material y riqueza: “...es absolutamente cierto que lo que perjudica a la profesión y a su progreso científico, lo que la perjudica y a veces la prostituye es el afán de hacerse rico a costa del afán de curar y saber. Para el médico, como para el investigador con vocación, el bienestar material es necesario y legítimo, pero la riqueza será siempre secundaria” (106). Dirigiéndose a quien tenga por objetivo lucrarse, recuerda: “Al joven que hoy ingrese en nuestras Facultades con la puntería puesta en una situación dorada,

¹⁴² Conferencia *Los deberes olvidados*, pronunciada en el Centro Cultural del Ejército y la Armada, de Madrid, en junio de 1933, y publicada, con nuevas anotaciones, en el libro *Raíz y Decoro de España*, Espasa Calpe, Madrid, 1ª ed. 1933. OC III, 241-264. Pág. 256.

¹⁴³ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 337

¹⁴⁴ *Op. cit.* pág. 335

¹⁴⁵ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 358

entérese bien de que, sin duda alguna, va a ver tronchadas sus ilusiones, y cambie de rumbo a tiempo, para dedicarse, si esa es su aspiración definitiva, a la banca o al contrabando o cualquier otra ocupación decididamente más productiva” (112). De hecho, alejarse de los poderosos de la tierra puede contribuir a garantizar una buena labor y favorecer el verdadero progreso médico¹⁴⁶ (64).

No hay mejor antídoto al afán de lucro que el asiduo cultivo de la generosidad en todos los sentidos. Marañoñ, que muchas veces costeó de su bolsillo parte del equipamiento médico de su servicio hospitalario, así lo pide: “...generosidad absoluta: generosidad cordial en el consejo -don Gregorio nos recordará una y otra vez la importancia de este ingrediente en la docencia- ...y generosidad también en el aspecto monetario”¹⁴⁷ (64). “Generosidad, es decir, amor excesivo y desinteresado por las cosas. Oídllo bien, aspirantes al heroísmo: el azar, que os dará el gran triunfo, está siempre dispuesto a poner en la balanza de sus favores el mérito de la generosidad” ¹⁴⁸ (125). De hecho, Ferrándiz señala que “uno de los discípulos más cercanos a nuestro autor, el doctor Pozuelo Escudero ha recordado que el primer electroencefalógrafo de doce canales que entró en España fue adquirido de su bolsillo particular por el doctor Marañoñ y destinado a su servicio en el Hospital nacional de Infecciosos” (83). También López Vega subraya el compromiso de nuestro autor, que da de lo suyo para su hospital y para sus pacientes, así como lo haría en inversión de tiempo y dinero en la formación de la Sociedad de Endocrinología ¹⁴⁹ (80). Al sacar su plaza en la Beneficencia Provincial, solicitando la jefatura de servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Madrid (1911), “Marañoñ realizó una ingente labor clínica y científica, atendía con enorme generosidad a los pacientes, a los que con frecuencia ayudaba materialmente y mejoraba también por su cuenta, poco a poco, el equipamiento del servicio ... la cuestión material desapareció de su horizonte al contemplar de frente las necesidades de todo tipo que había de abordar en su profesión..” ¹⁵⁰ (80,179)

¹⁴⁶ Marañoñ G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 336

¹⁴⁷ *Op. cit.* pág. 359

¹⁴⁸ Dentro de sus *Discursos en Lima*, pertenece al que dio “*En la escuela militar de Chorrillos*”, el 22 de septiembre de 1939. OC II, p. 404

¹⁴⁹ López Vega A. *Gregorio Marañoñ. Radiografía de un liberal...* pág. 393

¹⁵⁰ *Op, cit.* pág.91

2.3.1.12 Medicina y ¿Algo más?

La vida del ser humano es siempre polifacética y, desde luego, el médico que aspire a serlo de la persona, a hacer una auténtica medicina personal, va a comprobar constantemente que el contacto con el otro, cuando se realiza desde la escucha atenta y el interés genuino, supone una apertura constante de ventanas a mundos, vivencias, culturas y modos de padecer diversos. En esto, el ejercicio de la medicina práctica es un privilegio único, ya que supone estar en un mirador constante del rico paisaje humano, con sus picos y sus valles, sus luces y sus sombras. Si no ha decaído la curiosidad por comprender al máximo las aristas del ser humano y en la medida de nuestras posibilidades, los médicos asumiremos, más pronto que tarde, el cultivo de otras actividades, de índole creativa y recreativa. Marañón, precisamente médico humanista de pro, figura poliédrica por excelencia donde las hubiere, reflexiona sobre las incursiones de los médicos en lo que López Vega denomina actividades forasteras¹⁵¹ (80) o en palabras de Laín Entralgo, el desarrollo de vidas complementarias. Es necesario ir más allá de la propia disciplina de uno:

“Un hombre de ciencia que sólo es hombre de ciencia, como un profesional que sólo conoce su profesión, puede ser infinitamente útil en su disciplina; pero ¡cuidado con él! Si no tiene ideas más allá de esa disciplina, se convertirá irremisiblemente en un monstruo de engreimiento y de susceptibilidad. Creerá que su obra es el centro del universo y perderá el contacto generoso con la verdad ajena, y más aún con el ajeno error, que es el que más enseña si lo sabemos acoger con gesto de humanidad” ¹⁵² (64).

Él recomendaba que el médico cultivara alguna otra actividad de la que hacer un uso discreto y no pedantesco de ella¹⁵³ (64), algo así como el jardín al lado de la fábrica. De hecho, alaba a los cirujanos que van más allá del bisturí, escribiendo libros de reflexión filosófica¹⁵⁴

¹⁵¹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal....* pág. 419

¹⁵² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 384

¹⁵³ *Op. cit.* pág. 344

¹⁵⁴ *Op. cit.* pág. 379

(64). Eso sí, también previene de la inquietud que puede generar al médico que en sus ratos libres toca el violín, ir a escuchar a un gran violinista, ya que el médico nunca podrá ser esto último si ejerce. Por eso se hace necesaria la continua labor de acotar los diferentes huertos. Para él son varias las razones que explican la causa de este interés por parte de muchos médicos, una de ellas sería, precisa mente la mencionada **curiosidad total por el hombre**. Si, por un lado: “Dentro de los límites de nuestro mundo material, no debe haber nada por encima de la Ciencia” (137), “los médicos, si lo son de verdad, se interesan por las mismas cosas que los naturalistas” (180) y “el médico debe ser naturalista, que es lo contrario de un pedante erudito”. Por otro, para Marañón “ningún gran médico puede limitar esta curiosidad a su estricta ciencia, por la sencilla razón de que no hay fronteras precisas entre la Medicina y todo lo demás que es la vida” (181) . “El médico, el biólogo, el naturalista, tienen que tener criterio humanista” (182). En un homenaje a Carlos Blanco Soler (1894-1962), médico endocrinólogo y escritor, quien posteriormente ocuparía la vacante del propio Marañón en la Real Academia de Medicina, dijo: “Blanco Soler ... gracias a Dios, pertenece a la época, no antigua, como algunos creen, sino eterna, en la que el médico profesaba la curiosidad total por el hombre. Curiosidad total necesaria para hacer, luego de las especialidades de la madurez, vértice agudo sustentado sobre una base ancha y no el simple y fugaz resplandor de un cohete” (183).

Por otro lado, **ser médico duele** y "el ambiente melancólico en que suele vivir el profesional de la medicina le impulsa a las actividades artísticas como reacción compensadora y saludable" (92). El contacto con la muerte es cotidiano, más dolorosa para el que queda. Agustín de Figueroa cuenta que le oyó decir: “Tan familiarizado estoy con la muerte que me parece un desenlace lógico, fácil, sin trascendencia. La muerte no existe para el que desaparece. El verdadero drama es el de los que se quedan”¹⁵⁵ (184). La labor clínica es una mezcla entre quehacer científico y remangarse, en ocasiones, hasta meterse en el fango humano, que también lo hay. No hay que perder el norte que nos da el criterio científico: “todos los médicos deben ser hombres de ciencia; más les vale, si no, ser alcantarilleros” (185), por lo que la obra científica debe seguir la búsqueda de la verdad, pero sabiendo que nos movemos “entre bastidores oscuros en los que vemos la realidad del revés”. “El libro de ciencia no es una pura lucubración, teórica y tal vez insincera, sino la verdad misma, la realidad viva de los hechos. Mas piénsese también que una realidad vista sólo por el revés, desde esos “entre bastidores” oscuros por donde se desliza el médico o el cura; lo más feo, pero también

¹⁵⁵ Menéndez Pidal, Pedro Laín, Dámaso Alonso, Azorín, etc. Homenaje a Gregorio Marañón. Editorial Prensa Española, 1960. Pág.152

lo más limitado de la vida” (186). Por eso, otra de las razones por las que el médico lleva a cabo otra actividad, es la que Marañón denomina “limpiar los fondos del espíritu”:

“No olvidemos que la vida del médico es como el viaje de un barco por aguas cenagosas que, inevitablemente, dejan un sedimento, más que de dolor, de suciedad en el casco. Hay que, de tiempo en tiempo, que limpiar los fondos del espíritu . Y el ejercicio soberano para lograrlo es ponerlo a secar al sol de una preocupación artística. ... esta es la razón por la que abundan tanto los médicos aficionados a las artes o a las bellas letras. Abundan tanto que han empezado a enojar a la sociedad circundante” (187).

Eso sí, Marañón, en este mismo párrafo, avisa de alguno de los riesgos. Para empezar, que el médico que no hace un uso discreto de sus dedicaciones artísticas puede resultar cansado para el público que ve descolocado el estereotipo que de él se ha formado: “El médico propende, muchas veces es cierto, a la pedantería porque está habituado a que le oigan los demás como si hablara ex cátedra” (187). Por eso, la importancia de medir adecuadamente la proporción que han de ocupar las otras cosas: “El derramarse por los territorios del arte, de la sociología, de la filosofía, por ejemplo, puede desnaturalizar la personalidad del médico. No hay noble saber que no lleve en su misma jerarquía el peligro de degeneración. Pero todo es cuestión de medida” (181).

Para Marañón, mejor si el médico que hace arte, lo lleva a cabo como aficionado, en vez de como profesional: “Yo no sería capaz, para elogiarle, de decir que dibuja como un profesional, porque creo que es alabanza mayor llamarle un gran aficionado. Ser aficionado, crear por amor al arte, por el propio y puro deleite y no por oficio ni por divertir a los demás, es la forma suprema de ser artista” (188).

Hay otra poderosa razón que empuja al médico a meterse en terrenos artísticos o similares, que es **el deseo de permanencia**, por un lado, ante la fugacidad de la propia obra científica: “Esta coincidencia de dos actividades se observa con especial constancia en los hombres de ciencia, con respecto a la literatura y al arte en general ... La razón de esta tendencia estriba en el sentimiento, consciente o subconsciente, que el hombre de ciencia, aún el genial, experimenta de la fugacidad de su obra científica ”(189). Por otro lado, ante la fugacidad de la propia vida, ya que la permanencia está presente en el arte más que en la vida,

según Marañón y ayuda al médico estando de continuo como está: expuesto a la fragilidad y transitoriedad de la vida: “Vivimos porque estamos, en cada instante, en inminencia de morir”¹⁵⁶ (127). El trato con la humanidad doliente, nos dirá Marañón, nos enseña que la vida es una serie de regates que se dan a la muerte en la que ésta acaba por triunfar, indefectiblemente y pese a todos los progresos de la ciencia (190). Nos dirá que por eso, a diferencia del caso de los estudiantes de medicina, el médico no es aprensivo. Por eso, con ese panorama de fondo, se explica más fácilmente que se busque en el arte trascender:

“Lo que empuja a los médicos hacia los remansos del arte es la necesidad de lo permanente. El médico maneja la enfermedad que es símbolo atrozante del fluir inexorable de la vida. El argumento de nuestra profesión es una palabra: “pasar”; y su protagonista, una sombra: “la vida”, que nos muestra, irremediabilmente, la espalda porque va siempre, atraída como un imán, hacia la muerte ... y esta sensación de transitoriedad es lo que a los médicos nos angustia y lo que nos obliga a asirnos al arte ... porque el arte, en la vida terrenal, es permanencia ... todo pasa menos la verdad y la belleza; pero la verdad no es de este mundo. La belleza, sí” (188).

De hecho, la tragedia del vivir nos trasciende, y el arte, la literatura, puede jugar ese enorme papel terapéutico que es verter en palabras el pensamiento:

“El médico que no tenga el espíritu rígido y momificado por la pedantería y el dogmatismo, el médico que considere su saber y su profesión con el debido, con el entrañable escepticismo y, a través de este escepticismo, contemple y juzgue el inmenso espectáculo del mundo y del hombre que su práctica le proporciona, no podrá menos que sentirse transcendido hasta la médula de los huesos por la tremenda tragedia del vivir. Y si a esto se añade el que experimente la comezón de escribir sus inquietudes, para su propio alivio o por noble ansia de

¹⁵⁶ Marañón G. *Raíz y decoro de España* ... pág. 22

perdurar o por ese “porque sí” que es la inspiración, entonces el gran escritor surge con la naturalidad de una flor en primavera...” (191).

Posiblemente, lo que más abunde sean los médicos escritores. Él mismo confiesa haber desplegado toda su conciencia en todo lo escrito: “Si de algo he pecado en este mundo, es de no tener un solo pliegue de mi conciencia que no esté desdoblado, en un artículo de periódico o en el capítulo de un libro” (192) . Ferrándiz apunta que “muy a menudo se siente que la parte más sustancial de su vida ha quedado reflejada cordialmente en sus escritos”¹⁵⁷ (83). Además de esto, Marañón ve la inclinación por la escritura de muchos médicos, la consecuencia natural del trato con el drama de la humanidad doliente:

“Los médicos suelen sentir, con mayor frecuencia que otras profesionales, el prurito de contar las intimidades de su vida... una, el que el contenido de la vida de los galenos es, por lo menos en teoría, rico en accidentes dramáticos, en esas angustias y emociones que bordean al tema de la muerte... la segunda es la innegable tendencia que el médico tiene a escribir. Seguramente es la nuestra la profesión que cuenta con un tanto por ciento más copioso de plumíferos” (92).

En otra ocasión , Marañón, gran polígrafo, no dejará de avisar de lo oportuno que puede ser para el hombre de ciencia hacer incursiones literarias que puedan redundar en mejorar la expresión científica:

"...la utilidad de la diversión artística en los hombres de ciencia ...es la ventaja del uso literario del lenguaje para lograr la exacta expresión científica . Se ha dicho que a ciertos literatos les curaría el hábito del pensamiento científico su propensión a ser imprecisos. Pero es mayor la ventaja inversa , la que obtendrían los hombres de ciencia de una disciplina artística. ... Si los médicos fuéramos, no ya aficionados a la literatura, sino virtuosos de su técnica, grandes poetas, en suma, es evidente que estaríamos mucho más cerca de que nos entendiesen

¹⁵⁷ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 5

todos y por tanto, de que curásemos todos aquellos trastornos del organismo que se curan, ante todo, con claridad (118).

En cuanto al ámbito literario, don Gregorio ha dejado dicho que lo más serio que puede hacer el hombre en la vida es ensayar y ensayar, otorgando a este género un mejor encaje con la labor literaria del médico, postura discutible y sin duda, dicha desde la atalaya del gran ensayista que fue: “Al margen de la literatura estricta, hay una zona en la que el hombre de ciencia asienta muchas veces con mayor justificación; en ocasiones, con derecho propio. Esta zona es el ensayo (187). Luego, en otro momento, Marañón entiende perfectamente legítimo que los hombres de ciencia tengan su espacio de diversión literaria, aunque es también discutible que hacer buena literatura sea un divertimento, añadiendo una razón curiosa: “Yo he defendido siempre la legitimidad de la diversión literaria de los hombres de ciencia. Sin contar con otras razones, hay una importantísima: y es que esa diversión es el único remedio para prevenir el pecado que acecha a la sabiduría: la celosa susceptibilidad respecto a los que siguen los mismos estudios e investigaciones” (135).

Así pues, es imprescindible que el médico no solo escuche a sus pacientes, sino también al resto del género humano creador, como cuando ensalza del profesor Oliver su vocación, su generosidad, su humildad y su capacidad de sentarse cada día a escuchar a los otros: “en esta entrega a lo profesional y a lo científico ha sabido dejar un *hinterland* , intacto, para soñar una hora cada día. Son esas horas en las que Oliver no habla de medicina, sino que escucha a sus amigos los artistas, los escritores, los poetas, que cordialmente reúne a su alrededor. Entonces escucha ... en esa hora diaria de oír y soñar, Oliver, apasionado de la Medicina, se limpia, como en una ducha eliseica, de esa fea erupción que se llama el pliegue profesional” (120).

La **búsqueda de la verdad**, en palabras de Marañón, puede ser otro de los motores que impulsen el movimiento hacia el campo artístico:

“Apenas hay un hombre de ciencia eminente que no se haya asomado por instinto a las otras actividades forasteras. Y es muy común que sean [...] las artísticas; y no , como se cree porque sean contrarias a las investigadoras, sino precisamente por lo que tienen de común: no se

puede caminar en dos direcciones distintas; pero la gracia de la vida es poder ir a donde tiene que irse, por diferentes caminos. Y por la ciencia, como por el arte, se va al mismo sitio, a la verdad.”¹⁵⁸ (64).

Con todo, Marañón previene del peligro de que el médico en activo se despiste de su llamado principal, siendo un desertor funcional. Para ello, Marañón cita a dos figuras, una de la que escribió con profusión, Feijóo, y otra, Letamendi, de quien discreparía en muchas cosas, sin ser esta una excepción:

“Un siglo después que Feijoo, decía aún, pomposamente, el maestro español que más influyó en la mentalidad de varias generaciones de profesores y prácticos -Letamendi- que el médico que sólo sabía medicina, ni siquiera sabía Medicina. Funesto error, que no nos cansaremos de combatir; más todavía que por la pura equivocación de la sentencia, porque ésta ha servido de puerta de escape por la que muchos médicos han desertado de su aplicación rigurosa a la medicina, creyendo que al leer libros de vaga y varia literatura les servía también para cobrar autoridad clínica con mucho menos trabajo que le cuesta desentrañar los libros científicos” ¹⁵⁹ (115).

Al final y, en realidad, desde el principio, el médico debe dedicarse al alivio de la humanidad doliente, y no perderse en bosques de erudición infructuosa que le distraigan de la ruta de la medicina elemental, a pie del paciente. Por eso, el médico, podrá asomarse a otras cosas, pero ha de saber bien la medicina: “El saber muchas cosas acarreará el peligro de que bajo una apariencia brillante corra un caudal exiguo de ciencia verdadera. Así, pues, nosotros opondríamos al aforismo letamendiano este otro completamente perogrullesco: “al que sabe medicina le sobra todo lo demás para ser un buen médico” (193).

De alguna manera, todas estas reflexiones sobre estas vidas complementarias, podían suponer para el propio Marañón una concienciación propia, que nos hace entender de qué

¹⁵⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 389

¹⁵⁹ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.412

manera él mismo, tan multifacético, tenía claro el eje alrededor del que giraba todo lo demás: ser un médico dedicado al alivio del prójimo doliente. Cuando le leemos en sus primeros ensayos históricos, y desde luego no es este el objetivo principal de nuestro estudio, se fijaba especialmente en el género biográfico, fundando lo que se denomina psichistoria ¹⁶⁰ (79) ya que, como recuerda Morales Moya, la psicología, más allá de lo meramente histórico o narrativo, domina las biografías de Marañón: en cierta forma, su manera peculiar de acercarse al pasado, le hace pionero de una psichistoria, que más adelante, con Bibión o Mitzman, alcanzaría notorio relieve”. ¹⁶¹ López Vega nos recuerda: “Su soberbio estilo narrativo. Su escritura pulcra y su estructura ordenada introducían al lector en el universo de cada personaje histórico. Su modo ameno de presentar la historia, el excelente ritmo narrativo y el análisis de las buenas pasiones de los personajes le ganaron la admiración de sus lectores”¹⁶² (80).

¿Y qué decir de la faceta política de Marañón? Por un lado, tiene claras las funciones de un campo y de otro: “La ciencia, por aspirar idealmente a un fin eterno, que es el conocimiento de la verdad, está radicalmente por encima de la política que se contrae a fines concretos, parciales y no siempre excelentes...por tener como objeto inmediato el bien de todos los hombres, no puede subordinarse a la llamada razón de Estado...” (160). Con todo, en una época de su vida decidió implicarse en la primera línea del quehacer político. Él lo explicaría posteriormente así: “La actuación política del médico no presupone la deserción de este de su medicina, sino solo una derivación del impulso médico por una vía colateral que, como las acequias de los molinos, moverá su rueda fuera del cauce grande y legítimo” (194). Como es sabido, Marañón no abrió la boca durante los dos años en los que fue diputado por la conjunción republicano socialista por Zamora el 28 de junio de 1931, por lo que fue criticado. Al respecto y pensando en muchos otros momentos, él mismo dice: “Estimo como elogios (los que más me pueden envanecer) aquellas críticas que me han hecho por mi silencio, que es una virtud no siempre fácil de guardar y que a casi todos los españoles convendría que nos pudieran echar en cara”¹⁶³ (127). Madariaga le justifica en este silencio y le defendió contra las críticas que arreciaron contra él por sus andaduras políticas: “Hay demasiado paralelismo entre el

¹⁶⁰ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 27

¹⁶¹ *Op. cit.* pág 209

¹⁶² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 242-3

¹⁶³ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 17

cuerpo humano y el cuerpo social para que un médico consciente de su profesión no se dé cuenta de que la política no es el método adecuado de habérselas con las enfermedades que padecen los grupos humanos”¹⁶⁴ (195). Posiblemente el silencio se explique también por el hecho de la dificultad de Marañón de ser un hombre de acción política, ya que no quiso otros cargos políticos, cosa que Teófilo Hernando ve en consonancia con el carácter de nuestro autor. Según Teófilo Hernando: "Los hombres de un liberalismo como el de Marañón no podrán nunca desempeñar cargos políticos elevados. Para ello se requiere ser un hombre de acción y Marañón no lo era. Hace falta un hombre que ante un problema, tome una decisión brusca, tajante, pensando en sus posibles ventajas y olvidando por completo los inconvenientes que a veces son grandes¹⁶⁵ (83)

Pérez Gutiérrez dice de él que lejos de sentirse , por el hecho de ser médico y médico famoso, autorizado para “meterse en todo”, se hallaba convencido de que todo tenía que ver con la medicina.¹⁶⁶ (94). En realidad, nuestro autor ha dejado dicho el verdadero sentido político de la medicina:

“Nosotros, médicos, hemos de ser, por lo tanto, políticos. Y nuestra política médica debe tener este axioma fundamental. La medicina no puede ser, en la actualidad, una profesión en beneficio propio, aun cuando este beneficio se logre aliviando la tos y el reuma de nuestros semejantes. La medicina es una forma de cooperación fundamental y primaria al bien común y solo al margen de esa misión puede ser un modo para ganar, modestamente, su vida el que la ejerza” (112).

Y aunque Marañón volvió al ejercicio de la clínica, él mismo se hace eco de que, en otros casos, las actividades forasteras terminen por desplazar a las de casa y se conviertan en principales. Nuestro autor opina que al médico que lo fue, se le nota aunque se dedique finalmente a otras cosas. En una ocasión aludió a Enrique Menéndez Pelayo, el hermano de Marcelino, quien fue médico pero no ejerció. Según nuestro autor, no lo hizo “porque estaba

¹⁶⁴ Madariaga S. *Espanoles de mi tiempo*. Barcelona: Planeta; 1974. Pág. 402

¹⁶⁵ Hernando T. "Marañón y la tolerancia" *Semana médica*, n 65 , 26 de marzo (separata). Citado por Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 61

¹⁶⁶ Pérez Gutiérrez F. *La juventud de Marañón*. Madrid: Trotta; 1997. Pág. 514

absolutamente convencido de la ineficacia de nuestra ciencia”. Sin embargo, Marañón añade: “A todos ellos se les conocía el pliegue médico, como un perfume lejano e inconfundible. El que ha sido médico reacciona como médico mientras vive” (107).

2.3.1.13 Modestia. La historia de la Medicina como profilaxis

Marañón , según le escuchamos al leerle, y según nos han contado quienes convivieron de él, huía de la petulancia. Esperaba del médico “la vocación y el estudio como cualidades positivas y la modestia y la ausencia de pedantería como cualidades negativas” (113). La propuesta socrática según la cual cuanto más se sabe, más consciente es uno de su ignorancia, debió hacer mella en él y, sin duda, es una constante en el quehacer médico, donde cada respuesta encontrada a los diferentes problemas científicos, es un semillero de muchas más preguntas. De hecho, para él, el verdadero sabio comprende, fundamentalmente, lo mucho que aún ignora: “Al verdadero sabio -que no sólo es el que sabe cosas, sino el que, además, comprende las que no sabe: sabiduría es comprender más que saber- el componente de bondad le sirve para orear el espíritu y para que el mucho saber no le estorbe para ser generoso, abierto, humano, inaccesible al pecado de la vanidad, que tantas veces ha ahogado la verdadera sabiduría ” (196).

El verdaderamente humanista tendrá esto en mente, distinguiéndose del enciclopedista: “Mide el enciclopedista su saber por el número de cosas que conoce. Al humanista no le importa saber mucho, sino sólo saber las cosas esenciales, que son muy pocas, para comprender lo que no puede saberse, que es infinito”¹⁶⁷ (64).

La propia historia de la medicina es a la vez germen y antídoto contra la petulancia:

“Los médicos han hecho Historia desde hace tiempo ... pero, hay que reconocerlo, lo han hecho no pocas veces con esa notoria falta de medida, con esa fastidiosa petulancia con que muchos galenos pretenden que su oficio les da conocimiento particular de los hombres y, a la vez, patente de corso para entrar libremente en sectores de la vida privada que la discreción o la decencia vedan a los demás...” (150).

¹⁶⁷ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 385

Por otro, Marañón propone que el médico no pierda el contacto continuado con la propia Historia de la Medicina, ya que, según él, constituirá un antídoto contra la petulancia: “...basta leer la historia de la Medicina - a cuya lectura todo médico debe dedicar un cuarto de hora cada noche para evitar el peligro mayor que nos acecha, el engreimiento: la historia es, ante todo, una lección de modestia...” (126,197,198). Eso le ayudará a “acoger con prudencia los nuevos avances, para no dejarse llevar de la última palabra de la moda, convirtiéndose en lo peor que le puede suceder a un médico, que es ser “médico de slogan” (199).

También, porque la historia debe enmarcar la propuesta que el maestro haga a sus alumnos. Desde luego que hemos de estar prevenidos: “lo malo es cuando el error se basa en la mansa infiltración de la remota costumbre” (200) , pero hace falta ese halo de historia para ir, de un modo adecuado, más allá de la simple observación directa:

“...si el maestro refiere a sus discípulos la observación clínica escueta y los datos teóricos y terapéuticos que están en boga en aquel momento, no enseñará medicina más que a medias. Porque la Medicina, como ciencia aplicada a la conservación de la vida , está siempre expuesta a la magia y, lo que aún es peor, al doctrinarismo; y sólo puede evitarse este peligro envolviendo cada progreso en un halo de historia , que quiere decir modestia, serenidad y continuidad en la tradición...” (124).

2.3.2 El médico general: un pilar asistencial

Marañón se ubica así mismo como médico general, usando la denominación de su época. Esta posición constituye un observatorio desde el que ve y actúa, otorgando un papel fundamental a la visión generalizadora del ejercicio médico, que ha de servir como fundamento del resto de especialidades. El símil al que recurre en varias ocasiones es el de la pirámide, en la que la buena base es la propia medicina general, sobre la que se ha de construir, trazando el vértice de la especialidad:

“Es preciso fundamentar toda especialidad, y sobre todo aquellas de gran predominio de habilidad manual e instrumental , sobre una base profunda y sólida de información general. El ser odontólogo, como el ser

urólogo o dermatólogo, no puede ser sino el vértice de una pirámide hecha de Medicina general” (201)

A propósito de un prólogo del libro *Supuraciones renales*, de Salvador Pascual, nos dirá:

“Ni una sola vez , y en Pascual menos que nunca , ha fallado el buen resultado de este criterio: cimentar la especialidad sobre una base de Medicina y Cirugía Generales. El resultado tiene que ser sólido y precisamente por la misma razón que el vértice de una pirámide se sostiene sobre la anchura de su base...” (202).

Tener un amplio espectro en el ámbito de la actuación médica, no está reñido, según él, con hacer contribuciones relevantes en el ámbito médico y así se lo aconsejó a más de uno: “Hombres eminentes, a los que debe la Medicina española contribuciones importantes, que saben bien el esfuerzo de los consejos míos para que eludiesen ese rumbo concreto y siguiesen fieles a la actitud médica clásica y vasta ... al servicio, en suma, de la Medicina general” (203). De esta manera llevaba a cabo su labor preventiva, batallando contra la avalancha del especialismo ¹⁶⁸ (89) -en palabras de Almodóvar- y avisando de que “es necesario reaccionar, cada día con nuevo vigor, contra la especialización excesiva y precoz de los médicos” (185) , incluso, en algún momento parece entrever que la especialización pudiera chocar con el avance científico, tal vez porque cuando esta es excesiva, puede hacer perder las conexiones del campo al que uno se dedica con todo el amplio espectro científico : “El avance de nuestra ciencia empieza a estar seriamente obstaculizado por el vicio contrario a la actitud generalizadora, esto es, por la especialidad” (166). Esta pugna que se nota en Marañón, entre la necesidad de tener una visión amplia y un edificio bien fundamentado, con la visión de campo estrecho que supone la especialización, posiblemente se deba a su afán humanista, impulsor de una mayor capacidad de penetración en las cosas. Tiene que ver con el enfrentamiento entre enciclopedismo y humanismo, duelo que podría considerarse paralelo al del cientificismo y la verdadera esencia del ser médico: “Ha menester ...el alivio de una vena permanente y fresca de preocupaciones universales. He aquí por qué, a la larga, la mente humanista aunque parece

¹⁶⁸ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 84

más dispersa, tiene mucha mayor capacidad de penetración que la radicalmente especialista”¹⁶⁹ (64). En cualquier caso, para que no haya dudas y como para equilibrar la balanza, también señala que: “Los españoles hemos padecido en todo el siglo XIX una propensión excesiva a la generalización de los conocimientos , que ha entorpecido nuestra capacidad de abordar los problemas concretos y que, desde luego, ha sido la responsable del bajo nivel alcanzado por nuestra ciencia en esta centuria” (204). Por tanto, hace falta un correcto entendimiento de lo que supone una especialidad, que no debe renunciar a los horizontes amplios: “El saber una especialidad no consiste en ...amputar una parte de la ciencia y hacer de esta parte una unidad, sino en exprimir la ciencia entera sobre el tema elegido e impregnar a éste del espíritu total” (205). Lo vemos en su propia persona, ya que él mismo fue pionero y fundador de la especialidad de Endocrinología en España y, cuando habla de lo que el médico general ha de conocer con respecto a la cirugía, a propósito del tratamiento de las cardiopatías congénitas, nos comenta que: “Los médicos generales...deben conocer también dichos procesos, con exactitud análoga a la de los cirujanos, para plantear las indicaciones quirúrgicas ” (206).

Obviamente, a día de hoy, la superespecialización es un ámbito puntero de investigación en las áreas que le son propias, en absoluto reñidas con la visión generalista, que también en los últimos lustros ha tenido un papel importante y creciente en la investigación cuantitativa y cualitativa, de modo que ambas visiones son complementarias. De hecho, Marañón ha resultado ser visionario en este sentido, ya que, mientras se escriben estas líneas, está en estudio el desarrollo de la troncalidad, según la cual, los diferentes especialistas deberán llevar a cabo un plan de formación de más amplio espectro , al principio de sus años de formación. Ciertamente es que, en el ámbito clínico asistencial, la superespecialización suele llevar a una parcelación en la atención al paciente, lo que dificulta la adecuada coordinación integrada de todas las aristas que atender a una persona conlleva. Por eso es tan importante la figura de un médico de referencia que pueda llevar esto a cabo: el internista en el ámbito hospitalario y, en el extra hospitalario, el de familia.

De hecho, es en la trinchera de la atención generalista y primaria donde se libran muchas batallas con los prejuicios de los propios pacientes, con el fin, precisamente, de que pueda abrir la puerta y dejar pasar las propuestas terapéuticas de los colegas especialistas y batallar con todo tipo de creencias erróneas. Marañón, una vez más, ensalza la labor de los

¹⁶⁹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 384

médicos que desempeñan su trabajo en el ámbito rural: “No son los especialistas, sino los médicos generales, los médicos de los partidos singularmente, los que han de luchar con los prejuicios de los enfermos ...a ellos les toca deshacer los errores, arrancarlos como la hierba mala de la mente del enfermo y hacer germinar, en su lugar, la verdad...” (207).

En un momento dado, nos dice cuando se refiere a la Geriatria, inexistente como especialidad en el momento de mencionar estas palabras: “El hombre viejo, cuando se estudia con amor, es la justificación del derecho y el orgullo de un médico para no ser especialista. O si se prefiere, de ser especialista en la totalidad de la vida” (183). Marañoñ se veía a sí mismo como médico general, aun cuando hablaba de aspectos especializados: “El hecho de ser un médico general, como yo, el que diserte, muy por lo breve, sobre un tema de medicina especial y escrito por dos especialistas...” (208) apuntando que la opinión del generalista ha de ser tenida en cuenta, porque su amplia visión hará que tenga siempre algo que aportar: “No hay un solo problema en la Medicina en el que, después de haber agotado su estudio los especialistas, no tenga algo que añadir el médico general” (208).

2.3.3. El médico de familia. El ámbito rural

Marañoñ ha visto la propia evolución de la medicina, tal y como está teniendo lugar en los años que él protagoniza, aumentando exponencialmente el contenido de múltiples especialidades, algunas de la mano suya, como es el caso de la Endocrinología y, de alguna manera, Marañoñ ve que se va difuminando la figura del necesario médico de familia, que él mismo nombra como “clásica”, lo que puede ir en detrimento de una relación clínica integral. Es posible vislumbrar en sus palabras un cierto tono de nostalgia:

“...los conocimientos médicos revolucionarios, las técnicas de exploración nuevas, la misma forma del ejercicio profesional, tan distinta de la clásica del médico de familia, mitad médico, mitad sacerdote, con un poco de notario y un “punto” de tresillo, se introducían en la vida española por aquellos años en que nosotros dejábamos de ser estudiantes...” (202).

Porque ya, en otro lugar, nuestro autor se había referido a lo importante que es esa relación con el paciente y su entorno, en la que se llega a la intimidad mientras se guarda la terapéutica distancia, enhebrando así la amistad médica, concepto que Laín desarrollaría posteriormente. Intimidad, por cierto, que se basa en una profunda discreción (105). Para eso, la figura del médico de familia, es esencial y compleja.

"Por desgracia, el mundo actual ha hecho que casi desaparezca este tipo de médico que no equivocadamente se llamaba "de familia" , porque lo mejor de su eficacia dependía precisamente de actuar dentro de la familia pero sin ser un familiar. ...es decir, de representar un gesto de confianza y de amor que llegaba de fuera pero que llegaba hasta el fondo de la intimidad... Sería mejor llamar a este médico amigo , médico de la intimidad, y esto es lo que no son los grandes médicos actuales: amigos de sus enfermos" (105).

Almodóvar comenta la actuación de Marañón ante sus enfermos, en la que, como en cada caso de relación clínica, hay todo un mundo de comunicación bilateral: "Y, este sentido de sugestión bilateral que caracteriza a su actuación profesional, le lleva al cultivo de la amistad de sus enfermos, con los que es frecuente que hasta se crucen cartas en las que el cariño y el respeto abrazados, robustecen la fe entre el paciente y el médico, unidos por la amistad"¹⁷⁰ (89).

Marañón describe y compara al médico actual con el viejo médico de familia. En ambos, el objetivo está claro: aliviar el dolor. Pero las estrategias para cumplir con esta noble tarea científico artesanal, son muy diferentes; el médico actual es el médico positivista que asigna un valor exclusivo a los hechos clínicos y desprestigia por completo aquello que no puede ser objetivado por el método científico . Este médico es el que Marañón llama *profesional* , que puede verse muy afectado por el *profesionalismo* que tanto combatió don Gregorio, que corresponde en la actualidad con el médico especialista o profesional de la salud aún vinculado al pensamiento positivista y al privilegio de los hechos objetivos¹⁷¹ (68).

¹⁷⁰ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 83

¹⁷¹ Herreros, B. et al *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI...* pág. 32

Visto desde nuestros días, esa nostalgia de las buenas cosas que se van perdiendo, ha hecho su contribución a señalar la necesidad de que no dejara de existir una figura cercana al paciente, un referente cercano y guía en medio de toda la selva de encrucijadas que la moderna sanidad ofrece, a lo largo de toda la vida del paciente y conocedor de su entorno: el médico de familia actual. Eso sí: los nuevos retos a los que el médico de atención primaria ha de enfrentarse, requieren, por su amplitud, ser abordados a través de toda una especialidad, que de hecho comenzaría a desarrollarse en los años 60 en Estados Unidos y que en las postrimerías de los 70 lo haría en España. Al fin y al cabo, Marañón escribía en el 1944 que la medicina general es otra especialidad que da un enorme fruto de experiencia, necesariamente incompleta, pero eficazmente vasta (209).

Volviendo al momento marañoniano, todavía quedan reductos en los que él ve que esta forma de relación cercana, única, entre médico y paciente, tiene lugar. De manera, dirá él, un tanto heroica. Se trata del entorno rural. Así, no duda en sumarse al homenaje de los doctores José Galligo y Jerónimo Rico, ante la jubilación de ambos, recordando lo que la vida de estos dos médicos ha sido:

“vida de trabajo humanitario, aparentemente oscuro, pero lleno de eficacia y desinteresado amor a la humanidad ... un sentimiento de profunda admiración hacia esos dos compañeros nos hace coger la pluma para comentar ... la actividad que estos dos hombres han empleado en mantener durante cincuenta años, sin apagarse nunca, una sencilla pero sagrada lámpara de aceite ... estos dos hombres, verdaderos sacerdotes del bien, seguían un día y otro, año tras año, sin escenario ni público, en el rincón apartado, la faena formidable ... sin otra ambición que el cumplir cada día con el durísimo deber” (210).

Y es que, en el ámbito rural, ese médico es, según sus palabras, un símbolo con nombre propio, ya que es una especie de confesor especial:

“Es curioso que el médico de pueblo rara vez tiene, para la gente de campo, apellido... Es sólo don Fernando, don Juan, don Crisóstomo ... el médico rural es “el médico”, un ente representativo ... un símbolo con

nombre propio únicamente ... yo siempre he dicho que el médico de la gran ciudad -como probablemente el confesor de la gran ciudad - no oye nunca más que dolores o pecados elementales, aunque emperifollados de aparente complejidad. No así el médico -o el confesor- de la aldea” (191).

En relación con el entorno, tanto del médico como del paciente, Marañón hace sus propias consideraciones, un tanto en línea con lo que dijera Unamuno de que , en la ciudad, “el ritmo mental tiende a la recta” (211), siendo esencial la consideración de las circunstancias que rodean al dolor del paciente:

“La vida del médico ciudadano es demasiado artificiosa, porque opera sobre una anormalidad sin matices. Se me dirá que el humano dolor es idéntico en todas partes. Pero lo esencial de la profesión médica no es el dolor , no es la enfermedad, sino las circunstancias que la rodean. El curar, teóricamente, las dolencias que se pueden curar, es un problema de dos y dos son cuatro que cualquiera puede aprender en unos meses. Pero lo importante de la Medicina es el halo misterioso de circunstancias imprevistas que rodea a la enfermedad, circunstancias que dependen, unas, de la personalidad del enfermo y otras, las más importantes, y numerosas, del ambiente. Ahora bien, este ambiente en la gran ciudad es esquemático, uniforme y por lo tanto pobre a pesar de su externa complicación...” (191).

2.3.4 Marañón, médico práctico.

Marañón tiene muy claro lo que es ser médico práctico. No es casualidad que en las esquelas de la prensa diaria que comunicaron su muerte a los españoles dijera: “Gregorio Marañón y Posadillo. Médico”. Probablemente nunca ha habido un epitafio más corto pero más justo, porque Marañón fue, ante todo y sobre todo, médico y así gustó definirse: “Yo no soy nada; pero no siendo nada, puedo llevar la voz de los que luchan en esta santa cruzada de la medicina; porque yo he luchado mucho también y he preferido siempre mi título

de médico, de simple médico práctico, a todos los demás que me ha brindado la vida” ^{172,173} (77,89,105).

Teófilo Hernando dirá de él:

“En distintas ocasiones he insistido en que a pesar de las publicaciones en apariencia tan distintas de Marañón, él era, ante todo, médico ... Marañón no era solo un buen médico, era un médico genial, de aquellos que no se limitan al diagnóstico y al tratamiento correcto de sus enfermos, lo que ya es importante, sino que analizan con minucia sus síntomas, reúnen hechos que parecen dispersos, estudian la influencia de unas enfermedades sobre otras, analizan el resultado de los tratamientos, observan los accidentes que estos producen, por mínimos que sean y ello les lleva a nuevos consejos, a nuevas hipótesis y en algunos casos, a describir signos, síndromes o enfermedades nuevas... además de haber sido un clínico admirable y un médico genial, se ha conducido siempre, y en ello hay que insistir, como un “médico humano”, cuidador de almas y de cuerpos y enemigo de todo dogmatismo; así han sido los buenos médicos de todos los tiempos.”¹⁷⁴ (184).

Juan Martínez Díaz glosa, en clave también de homenaje, algunos aspectos de la labor práctica de Marañón:

“Esta entrega al prójimo es lo que hizo única su enseñanza, siempre impregnada de infinita caridad, incluso para los que no estaban verdaderamente enfermos, puesto que ninguna tara tenían y a los que dedicaba una parte de su escaso tiempo, avalando el consejo con la

¹⁷² Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 332

¹⁷³ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 108

¹⁷⁴ Menéndez Pidal, Pedro Laín, Dámaso Alonso, Azorín, etc. *Homenaje a Gregorio Marañón*. Editorial Prensa Española, 1960. Pág. 177, en el capítulo de Teófilo Hernando: “Víctima de su generosidad”

frase más adecuada a su psicología. Otra lección maravillosa, también de cada día, la constituía su actitud frente a los enfermos sin remedio y muchas veces sin interés diagnóstico ni valor pedagógico, a los que atendía lleno de generosidad y por eso acudían, sabiendo que así recorrían el mejor camino para encontrarse con la misericordia de Dios que, a fin de cuentas, es la mejor y a la vez más barata medicina. Era patética la delicadeza y la bondad con que aseguraba a las desgraciadas madres de hijos anormales, que seguramente mejorarían hasta lograr la buscada normalidad. ¡y lo mejor es que en alguna ocasión el milagro se produjo”¹⁷⁵ (184).

Ser médico práctico, según él, es una difícil labor diaria. Así lo expresa cuando, en un homenaje a Manuel Vela, dice de él: “Merece el calificativo de maestro y lo merece de un modo excepcional por lo mismo que ejerció ese magisterio, no desde la tribuna universitaria, sino en la difícil labor diaria del médico práctico y hacer irradiar de este ejercicio una enseñanza clara, austera, sostenida, supone condiciones superiores...”(212). Él optó por ser un médico situado en las trincheras de la batalla contra el dolor y al lado de la humanidad doliente, de donde ha extraído tantas lecciones y de donde piensa que aún le falta por aprehender. En el prólogo a un libro del filósofo, psicólogo, sacerdote y pedagogo español Juan Zaragüeta, sobre la temática que Marañón denomina “el reino de la filosofía”, escribe:

“Yo he tenido que vivir tantas horas de mi vida en contacto con el hombre, el que sufre y el que cree que sufre y el que es más enfermo que todos los demás, el que tiene la pedantería de su salud y de su talento y de su fuerza, que no he logrado sino recoger muchedumbre de hechos parciales, de rasgos que brotan de la personalidad, de fragmentos de la vida cotidiana; pero sin llegar a las ideas generales y por eso me cautiva la enseñanza de los que viven en su reino” (213)
(OC I, 1037)

¹⁷⁵ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* págs. 189-90, en el capítulo de Juan Martínez Díaz: “Se entregaba al prójimo sin reservas”

Gastón de Iriarte y Sanchiz diría de él que “supo dotarnos de su ideal humanitario, de su ilusión por la salud de los semejantes”¹⁷⁶ (85). Cuando el profesor Botella analiza las aportaciones de dos de los libros de Marañón: *La Edad Crítica* (1919) y *El Climaterio de la Mujer y del Hombre* (1937), ve en ellos un retrato real de lo que ve el médico, señalando que constituyen para cualquiera que se acerque a su estudio un trasunto de realidad clínica. Botella nos señala que “esta es en sí una obra permanentemente viva, es algo que se escapa de la erudición para entrar en el terreno de la realidad descriptiva”¹⁷⁷ (77).

Mientras en páginas posteriores analizaremos algunas de las aportaciones de Laín Entralgo, quien teorizó de manera muy interesante sobre la relación entre médico y enfermo, pero sin haberlos visto apenas, Marañón, por el contrario, es la figura complementaria: ha dedicado su vida a ver a miles de pacientes y sus reflexiones al respecto, cargadas de amor de maestro, no han sido objeto de tanta sistematización, aunque sí de innumerables y bien merecidos homenajes. No obstante, a lo largo y ancho de sus escritos hay apuntes, consejos, todo ello, de suma utilidad para el clínico y para el estudiante, en algún caso fruto de una reflexión más específica, como vemos en *Vocación y Ética*. En cualquier caso, todo ello es fruto de una incesante labor a la cabecera del paciente, dentro de una pasmosa fecundidad vital. De él dijo Dámaso Alonso:

“Me pregunto qué poderosa organización de su talento le permitía atender a la bibliografía médica, contribuir a la literatura científica médica, velar por su “servicio” en el hospital, ver a sus enfermos particulares, hacer sus investigaciones históricas, organizar y redactar obras monumentales que habrían consumido una vida (...) multiplicar sus ensayos literarios y médico literarios, asistir a las Academias (...) y colaborar allí en los trabajos, escribir discursos, contestar a recepciones públicas, redactar prólogos innumerables para libros de escritores, ya famosos, ya desconocidos (pues todo el mundo quería su espaldarazo), cumplir con infinitos deberes sociales, pues su bondad y su cortesía nunca rehusó el hacerlo, contestar a cualquier libro, folleto o mínima carta que le enviábamos” (214).

¹⁷⁶ Botella Llusá J, et al *Homenaje a Marañón...* pág. 51

¹⁷⁷ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 442

Su pasión era la labor clínica, con todas las derivadas necesarias. Jiménez Quesada señala que:

“Marañón tuvo tres grandes amores: su mujer, sus hijos y su hospital. Nadie como él puso tanto celo y tanto cariño en la asistencia a los pobres, hasta el punto de dotar de su peculio particular los gastos muy importantes de su clínica hospitalaria. Cuando salía a provincias, lo que hacía frecuentemente para celebrar una consulta con otro colega, efectuaba el viaje por la noche y al día siguiente, al llegar el tren a la estación, se dirigía inmediatamente al hospital para seguir la marcha clínica de los enfermos más graves, antes de ir a su domicilio” (215).

Ya desde los tiempos de la Dictadura de Primo de Rivera, López Vega nos recuerda que, en medio de todas sus múltiples actividades, no desatendía sus labores clínicas: “Continuó trabajando en el Hospital General de Madrid. Llegaba muy temprano, pasaba visita y dirigía las sesiones clínicas” ¹⁷⁸ (80). Todo ello en medio de una actividad clínica incesante, que incluía, por supuesto, la atención en la consulta privada que tenía en su domicilio ¹⁷⁹ (80). Justo Gimena, quien trabajó treinta y siete años a su lado en el Hospital Provincial, lo describe en los siguientes términos: “Don Gregorio llegaba al Instituto a las diez, puntualmente, y se marchaba puntualmente a la una de la tarde. El programa ... se distribuía entre la consulta, visita a salas de enfermos, conferencias...” ¹⁸⁰ (216). La demanda asistencial era tan elevada en ocasiones, que Martínez Gómez-Gordo la describe como una barahúnda de enfermos que subía y bajaba y que aún se agolpaba a la entrada de la Policlínica del Instituto de Patología, que requería, incluso, una pareja de la Policía Armada “que hacían guardia permanente ordenando inútilmente la marcha del grupo”¹⁸¹ (217). Además de la labor en el Instituto de Patología Médica por las mañanas, Botella nos recuerda que: “Marañón empieza a pasar consulta a las

¹⁷⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 158

¹⁷⁹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 159

¹⁸⁰ Gimena J. Don Gregorio en el Hospital. Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento. An la Real Acad Med. 1987; pág. 396.

¹⁸¹ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos*. Sigüenza: Colección Momentos; 1977. Pág. 23

tres de la tarde en su consultorio, ahora en el Paseo de la Castellana y ve a quince o veinte enfermos todas las tardes”¹⁸² (86). Martínez nos describe lo que se veía en el difícil periodo de posguerra: “por aquellos años, todavía “años del hambre” y con frescas lacras de la guerra y de la postguerra, las Salas del Servicio del Profesor Marañón -de la cuarenta y cuatro a la cuarenta y siete del Hospital General de Madrid, estaban abarrotadas de camas y camastros, funcionando al doble de su capacidad normal ... latirismo, tuberculosis, desnutriciones de todo tipo...gangrenas de pulmón, granulias tuberculosas, sífilis terciarias, fiebre Q, tifus exantemático, paludismo, fiebres de Malta y sobre todo, hambre”¹⁸³ (217).

Por esto, todo este enorme bagaje de experiencia permite eludir el recelo a la hora de recibir consejos, porque él los puede dar:

“...sólo puede eludirse este recelo -se refiere al de recibir consejos- cuando el que habla lleva largos años, no teorizando desde su despacho, sino luchando día a día con los conflictos que suscitan la relación con los que sufren, la convivencia con los otros médicos , con la familia de los propios enfermos y con todo ese mundo de dolor , de esperanza y de pasiones , unas malas y otras buenas, en las que nosotros vivimos sumergidos...” (106).

No es de extrañar, por cierto, que haya sido señalado como alguien con una enorme capacidad de trabajo. Publicó un total de 125 libros, unos 1800 artículos y cerca de 250 prólogos. Su obra médica sumó 32 monografías y 1056 artículos, muchos de ellos contribuciones sustantivas y originales a la ciencia médica. A su trabajo en el Hospital General de Madrid, que compatibilizó con el ejercicio de la medicina privada y son sus publicaciones, dedicó , como él mismo recordaría en 1955, cuarenta años (1911-1955), 12.561 días y 40.000 horas de servicio ¹⁸⁴ (79). Ante esto, él insistía en revelar que, en buena medida, la suya era una vida de auténtica disciplina, trabajo incesante, en la que no se pierde ni un minuto. Él

¹⁸² Botella Llusá J. Gregorio Marañón. El Hombre, la vida, la obra. Universidad Complutense, editor. Toledo: Publicaciones del Centro Universitario de Toledo; 1972. Pág. 49

¹⁸³ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 21

¹⁸⁴ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 251

mismo nos confiesa: “A mí mismo me han dicho muchas veces que “he tenido buena suerte”; y lo dejo decir sin desmentirlo; pero yo sólo sé las horas de insomnio con que he comprado los favores de mi buena suerte”^{185, 186} (77,125).

Pues sí, su actividad clínica fue inmensa, en contacto diario con lo que él define como la humanidad doliente. De hecho, fue, por encima de todo, un médico clínico y patólogo, que antepuso a cualesquiera vocaciones secundarias o aficiones sus deberes asistenciales en el hospital o en la clínica privada. De Iriarte plasmó por escrito sus impresiones al ver a Marañón absorbido por la preocupación ante algún paciente, contándonos cómo fue testigo de:

"Los desvelos de un hombre que, a veces, se pasó muchas noches sin dormir esperando el resultado de un análisis , la reacción de un medicamento, el curso de un dolor, sin pensar en la categoría social de quien sufría , dedicando al enfermo pobre su atención entera y su inquietud científica. Yo os aseguro que he vivido muchos días estas escenas de preocupación por un paciente, de quien ni siquiera conocía su nombre, porque había llegado en coma a la Clínica. Y Marañón no abandonaba el hospital o dormía hasta que le dábamos la cifra de glucemia de aquel enfermo que la urgencia llevó a sus manos. Nos decía entonces que aguardaba en la biblioteca los resultados del laboratorio, dándonos así un ejemplo de vocación , de ética profesional"

¹⁸⁷ (85)

Morales Moya señala que fue un médico, un “sanador” atento a la individualidad biológica y psicológica del paciente, preocupado por encontrar al hombre tras el enfermo. ¹⁸⁸ (79) . Marañón comenta:

¹⁸⁵ Dentro de sus *Discursos en Lima*, pertenece al que dio “*En la escuela militar de Chorrillos*” , el 22 de septiembre de 1939. OC II, p. 403

¹⁸⁶ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 250

¹⁸⁷ Botella Llusá J, et al *HOMENAJE A MARAÑÓN...* pág. 54

¹⁸⁸ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 202

“La gran corriente de la patología moderna nos ha llevado, por fortuna, al concepto de la supremacía del individuo, que es siempre lo primero: el patrón y el molde al cual se ajusta la enfermedad ... la noción del conocimiento del individuo superponiéndose a la enfermedad, la necesidad de estudiarlo con más ahínco que a cada variedad de las enfermedades, la certeza de que el proceso de la curación o de la muerte depende de los factores personales tanto o más que del conocimiento de la enfermedad misma, está ya escrito y con perfección casi divina en los libros de Hipócrates ” (97).

El volumen de pacientes vistos es muy elevado, aunque no hay un acuerdo en las cifras. A propósito de etiquetar las historias con otro nombre que el verdadero, en 1946 refiere “en mis 40.000 historias clínicas, sólo hay unas cuantas, que yo sepa, sin el nombre verdadero”¹⁸⁹ (64) –no olvidamos que personas muy conocidas fueron atendidas por él-. En 1952 refiere haber tenido unas cincuenta mil historias clínicas (106) y señala algo similar en 1954 (218). Almodóvar y Arleta hacen referencia a “unas historias clínicas -de las que, dicho sea de paso, el doctor Marañón tiene hechas más de 80.000, sumando las del Hospital y las de su clínica particular”¹⁹⁰ (89) y Álvarez Sierra comenta: “En el hospital provincial han pasado por su consulta más de cuarenta mil enfermos de los que queda historial y protocolo archivado”¹⁹¹ (101). Marañón, en otra ocasión, nos refiere “...yo he visto, a conciencia, con las historias clínicas minuciosas, redactadas por mí o por mis colaboradores, cerca de cien mil enfermos de todas las lesiones y sufrimientos” (219). Dedicado como estaba a la endocrinología, y mientras está dando explicaciones acerca de que no ha visto a sus enfermos hipotiroideos desarrollar tuberculosis, señala: “Yo os puedo decir, después de 40 años viendo esta clase de enfermos (se refiere a los de insuficiencia tiroidea), después de haber visto -creo que puedo decirlo sin jactancia porque no es mérito mío sino de los enfermos que acudieron allí - la cantidad de enfermos de insuficiencia tiroidea más grande que pueda presentar hoy ninguna clínica de Europa ...” (220).

¹⁸⁹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 335

¹⁹⁰ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 133

¹⁹¹ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón* ... pág. 254

En definitiva, tenemos ante nosotros a un médico que supo lo que es estar en la trinchera clínica, viendo decenas de miles de pacientes a lo largo de su existencia.

2.3.4.1 Haciendo del *cronos*, *kairos*

-“Lolita, ¿qué tal día hace?”-

-“Gregorio, espera a que el día amanezca y te lo podré decir”- ¹⁹²(86)

Marañón se escribió a sí mismo: “vivir es no sólo existir, sino existir y crear. Descansar es empezar a morir” ¹⁹³ (80) . (Referencia tomada de la conferencia dictada por Gregorio Marañón y Beltrán de Lis “Diálogos sobre Marañón y Toledo” Organizó bien lo que él mismo definía como un quehacer abrumador (221). En este sentido, su biógrafo Gómez Santos nos señala que Marañón había dicho de sí, que era “un trapero del tiempo”, porque utilizaba los minutos sueltos allá donde las circunstancias lo permitían y que estos, acumulados al cabo de semanas o de meses, resultaban un monto de tiempo considerable. “De esta manera -nos dice Marino- solía aprovechar el trayecto de su casa al hospital para escribir en el automóvil, el viaje a Toledo, los minutos que mediaban entre la llegada del Hospital y la llamada a la mesa. E incluso viajes en tren, donde acostumbraba a madrugar igualmente a las cinco de la mañana para trabajar encerrado en su departamento del coche-cama, hasta que tres o cuatro horas después llegaba el tren a la estación de destino”¹⁹⁴ (222). Muchos otros dan testimonio de ello, como Botella Llusíá aludiendo a la definición que de sí mismo daba Marañón: “Soy un trapero del tiempo” solía decirnos.¹⁹⁵ (86,223).

Nos detendremos aquí por unos momentos, ya que, de manera tangencial, en la relación clínica es importante que el médico sea un gestor excepcional del *cronos*, ese tiempo objetivo (tan distinto en ocasiones del subjetivo) , para reconvertirlo en *kairos*, en oportunidad constante. En el caso de Marañón, era su forma habitual de ser y hacer. Arturo Abella nos

¹⁹² Botella Llusíá, J. *Gregorio Marañón. El Hombre, la vida, la obra..* Publicaciones del Centro Universitario de Toledo . Universidad Complutense, Toledo, 1972. Pág. 49

¹⁹³ Referencia tomada de la conferencia dictada por Gregorio Marañón y Beltrán de Lis “Diálogos sobre Marañón y Toledo” (Fundación CCM, 21 de octubre 2010; -Citado en López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 439-)

¹⁹⁴ Gómez Santos M. *Vida de Gregorio Marañón. Esplugues de Llobregat* (Barcelona): Plaza y Janés; 1987. Pág. 139

¹⁹⁵ Varios autores. *Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento*. Madrid; 1987. Pág. 422

confiesa que “en presencia de don Gregorio uno tenía la impresión de que el común de los hombres vivimos dilapidando el tiempo, perdiendo el tiempo miserablemente y el invierno nos va a sorprender sin tener grano en los graneros”¹⁹⁶ (184). Martínez Gordo señala:

“Marañón se llamaba a sí mismo “trapero del tiempo”, porque no desperdiciaba un solo minuto de su vida en ocios que no fueran leer o escribir ... leía en la cama hasta que el sueño le rendía, leía hasta que el libro caía de sus manos y su señora, su querida compañera de trabajo, había de retirarle más tarde el libro de las manos...recuerdo un día que fui a su casa de la Castellana a recoger un encargo de material para una conferencia ...tras ser recibido por el mayordomo, Ramón, le visité en su consulta, entre enfermo y enfermo. Hube de permanecer unos minutos esperando, en tanto llegaba al término de un párrafo de su lectura. Después me pidió perdón”.

Martínez Gordo lo ilustra con una anécdota que refleja el valor que don Gregorio da a aprovechar bien el tiempo:

“En otra ocasión, cuando salía del Instituto, ya con la puerta abierta de su coche y el chófer esperando gorra en mano le abordó un extraño, el cual le habló precipitadamente unos minutos, tal vez pidiéndole que le escuchase unos instantes y escuchamos la recia voz de Marañón que le decía:

-¡Perdóneme usted, de tiempo no dispongo ni un minuto ...si quisiera algo de dinero se lo daría ... pero tiempo, no tengo ni para mí!
- Bien, don Gregorio -le replicó el chusco- si no puede darme otra cosa ...¿puede darme cuarenta duros?

Y don Gregorio, con su sonrisa característica, sacó unos billetes y se los entregó en el acto sin más comentario ... No era un trapero del tiempo, era un “avaro del tiempo” ¹⁹⁷ (217).

¹⁹⁶ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* pág. 250

¹⁹⁷ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* págs.. 40-41

Agustín de Figueroa sale al paso de este comentario al respecto de la avaricia de tiempo: “*Se ha hablado mucho de Marañón, avaro de su tiempo. ¿Avaro? Más bien, prodigioso administrador, pues aún tenía la generosidad de regalar unas horas a sus amigos en las tardes dominicales del Cigarral, de saludar, entre dos consultas, al visitante íntimo en el salón de la dueña de la casa, o de escribir unas líneas de su puño y letra, testimoniando en la hora más oportuna su afectuoso y halagüeño interés*”.¹⁹⁸

Dámaso Alonso comenta:

“Una portentosa organización, un maravilloso aprovechamiento del tiempo. He oído decir que algunos familiares suyos le llamaban el “trapero del tiempo”, porque esos pequeños retazos en minutos que todos perdemos a lo largo de la vida, él los convertía, sumados, en materia preciosa, útil para el desenvolvimiento de la vida misma y para la vida de sus prójimos. Daré solo un ejemplo. Cuántas veces en la Academia, hemos oído la misma fórmula: “El doctor Marañón va a presentar algunas papeletas” y don Gregorio se sacaba del bolsillo cuatro o cinco papelitos, cuatro o cinco definiciones, unas veces de palabras médicas mal explicadas o con un anticuado criterio en el Diccionario; otras veces, sabrosos vocablos de la mejor solera del idioma, que el doctor había oído a pobres lugareños en el hospital o que había recogido en sus viajes...”¹⁹⁹ (101).

O, en palabras de Cela: “La circunstancia de don Gregorio vino siempre condicionada por su tenaz lucha contra el reloj. Don Gregorio derrotó al tiempo con el arma que más ama el tiempo: la constancia ... en la vida de Marañón , según pienso, más importante que el tiempo que se aprovechó fue el tiempo que no se dilapidó ...fue un domador del tiempo, un árbitro de su propio tiempo...”²⁰⁰ (81) y este autor también dirá que Marañón fue siempre dueño de sí

¹⁹⁸ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* pág. 151

¹⁹⁹ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 51

²⁰⁰ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 55

mismo y siempre administró su fondo interior con mano dura (224). Botella, su colaborador, nos pinta una escena en la que vemos la organización de don Gregorio en la jornada laboral:

“Él llegaba todos los días a las nueve y pasaba visita a la cabecera de sus enfermos, unos ochenta hombres y mujeres, que llenaban siempre sus salas. A veces se detenía mucho con un paciente y daba sobre su caso una magnífica lección práctica ... tres días a la semana iba a la policlínica y otros tres los empleaba en dar clase, en las sesiones clínicas y en el laboratorio. Al final , al filo de la una y cuarto, sacaba del bolsillo del chaleco su reloj de cadena , miraba la hora y se marchaba. En esos últimos momentos de la mañana todos le interpelábamos y le pedíamos o preguntábamos cosas. Nunca parecía tener prisa”²⁰¹

En cuanto a esto, no nos queda claro si el recuerdo puede estar teñido de benevolencia o si don Gregorio disimulaba su apresuramiento, ya que él mismo confiesa que vive una vida apresurada (MPyE, 436) señalando que “la rapidez, que es una virtud, engendra su vicio, que es la prisa”²⁰² (127) y en un ensayo dice “nuestro gran Casal , a la sombra de estos maestros, trabajó así, sin prisa, como todos debiéramos trabajar”²⁰³ (225). En cualquier caso, sigue diciendo Botella: “Era la paciencia y la cordialidad personificadas. Pero se las arreglaba para a la una y cuarto, sin dejar a nadie con la palabra en la boca, marcharse. El decía que era “trapero del tiempo” y no cabe duda que administraba admirablemente el suyo” (81).

Él mismo, como posteriormente veremos, comentará que una de sus claves fue la de dormir poco, lo que ha suscitado siempre varios comentarios por parte de quienes le conocieron. Su biógrafo Marino Gómez Santos en “Marañón y Toledo” nos recuerda, en una entrevista:

“Entonces aludí a sus cinco horas de sueño.

²⁰¹ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 45

²⁰² Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 53

²⁰³ Marañón G. *Vida e historia*. Buenos Aires (Argentina): Espasa Calpe; 1941. OC, IX, pp. 97-193. Pág. 150

- los que digan que necesitan más horas para dormir no tienen razón. Es un pretexto de holgazanes. En España se come demasiado y se duerme también demasiado” ²⁰⁴ (81,93).

Es cierto que dormía poco, si bien en el número de horas que dedicaba a ello hay un cierto desacuerdo. Alberola y Restoll dice: “Se le llama trabajador incansable. Por muchos años duerme no más de cuatro horas. Se acostaba a las doce y se levantaba a las cuatro, encerrándose en su biblioteca hasta las siete. Se ha dicho que aprovechaba los sábados y domingos para escribir en su finca de Toledo y durante sus vacaciones, pero eso no es totalmente cierto, pues don Gregorio escribía durante todos los días del año, especialmente en esas horas de cuatro a siete en las que se ha producido lo más valioso de su obra” (226). Álvarez Sierra dice: “En una reunión que tuvimos los miembros de la Asociación de Escritores Médicos, el director del Hospital Provincial, don Eugenio Díaz Gómez, nos decía Marañón no se ha muerto; tenga usted presente, Álvarez-Sierra, que después del ataque que sufrió hace dos años, siguió trabajando lo mismo que antes, veía centenares de enfermos, escribía cada día más y lo que es peor, dormía tres horas”.²⁰⁵ (101) José María Pemán nos señala cómo don Gregorio tenía esa actitud de aprovechar cada minuto, ya cuando la buena salud empezó a abandonarle y, en clave literaria, señala si no es posible que todo esa vigilia mantenida le hubiera pasado factura: “...ya había tenido su primer amago de enfermedad y subía, incansable, cuestras y escaleras. Quería verlo todo: lo vivo y lo muerto; los capiteles, los archivos, los vencejos, los vendedores ambulantes ... por eso la muerte se ha tenido que tomar su desquite casi a mansalva, porque él había hecho muchas trampas. Le había robado horas de vida sobre su cupo normal. Se las había robado al sueño, al descanso, ... su curiosidad era de ladrón apresurado por los rincones de la sabiduría ...me decía una vez que había opusculillos que los había compuesto aprovechando esos veinte minutos que en la casa mejor organizada transcurren siempre desde que avisan que está el almuerzo hasta que está de verdad” ²⁰⁶ (184). Ruipérez y Milá señala la lección que Marañón nos deja al respecto: “A la juventud española le ha dejado Marañón una lección que debemos aprender con perentoriedad: la de “aprovechar el tiempo” Marañón era uno de esos raros hombres que hacían de cada minuto y

²⁰⁴ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 67

²⁰⁵ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* págs.. 281-282

²⁰⁶ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* págs. 77-78

de cada instante un motor misterioso de productividad. Convertía el tiempo, la vacía y abstracta realidad del tiempo, en “obras” ²⁰⁷

2.3.5. La imagen del médico

La comunicación no verbal juega un papel preponderante en la intercomunicación humana, como ya señalaba en 1981 Jiménez Burillo (227). Su conexión con la expresión de las emociones ha estado presente en la psicología social desde sus inicios. Borrell nos recuerda que “la imagen que nos formamos de las otras personas se compone de la apariencia y la forma de hablar, casi a partes iguales”. Es lo que él denomina la segunda de las cinco leyes que rigen el conocimiento de los demás²⁰⁸ (228) recordándonos como un altavoz de los hallazgos que la psicología ha puesto sobre la mesa en la actualidad, que tendemos a formarnos estereotipos. Es nuestro cerebro quien va almacenando datos, configurando perfiles que hacen que respondamos de modo automático ante el encuentro con el otro, quienquiera que sea. Luego, se tratará de conocerlo realmente, para confirmar o desmentir dicho estereotipo. Años antes, en línea con algo en lo que siempre se ha insistido, Marañón confirma su postura en cuanto a que el médico no puede ir de cualquier manera ante la sociedad, tanto en la apariencia exterior, como en su disciplina interior. El médico, de alguna manera, ha de ser coherente:

“Yo no soy de los que creen que el médico es un sacerdote, según la expresión clásica. Pero tampoco creo que el médico deba ser fuera de su casa un hombre como los demás. No es preciso que lleve un gorro de nigromante ni que ostente a todas horas una seriedad doctoral; pero en su papel en la sociedad, a veces trascendental y siempre delicado, le exige un mínimo de atildamiento moral, de corrección de costumbres y de interés en lo que se llama vulgarmente “guardar las formas”. En todo momento debe dar la sensación de que en él no se rompe nunca aquella disciplina interior que es necesaria para andar entre los bastidores de la vida” (193).

²⁰⁷ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* pág. 208

²⁰⁸ Borrell, F. *Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros*. Gestión 2000, Barcelona 2004. Pág. 42

Esta coherencia, lógicamente, incluiría el aspirar a creernos nuestro propio mensaje y encarnar los esfuerzos en el autocuidado, lo que va a dar credibilidad a nuestro mensaje. De otra manera, correríamos el riesgo que señala Marañón: “los médicos siempre hemos vivido así: más amigos de predicar con las sentencias que con el ejemplo” (229).

2.3.6. Cordialidad médica.

La cordialidad es sumamente importante para Marañón y es especialmente relevante cuando tiene lugar el encuentro clínico. Él advierte de lo difícil que es conjugar eficacia y dulzura: “...es evidente que el médico de hoy, a medida que gana en eficacia pierde su dulzura...” (230). Señala sin ambages un consejo con reminiscencia épica: “ ... En mis enseñanzas del hospital me importa mucho más que el que los que colaboran conmigo aprendan los secretos de la clínica, el que aprendan a tratar a los enfermos como si fueran caballeros de la Tabla Redonda...” (106,231). Posiblemente tuvo su influencia en esto lo aprendido de su maestro, Alejandro San Martín, quien, según Cajal, era “el hombre con más talento que había pasado por San Carlos” (171). En una conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Madrid, en el ciclo organizado en su cátedra de Patología Quirúrgica por el profesor Alfonso de la Fuente, durante el curso de 1952, Marañón refirió esta anécdota a los estudiantes:

“ Cuando yo estudiaba, como hoy vosotros, patología quirúrgica, mi maestro, que lo fue extraordinario, don Alejandro San Martín, examinaba en esta ocasión y en esta misma cátedra a un compañero mío, mal estudiante, pero muy bien educado, a veces demasiado extremoso en sus expresiones de cortesía. Le tocó explorar a una pobre mujer, de aquellas de rompe y rasga, que circulaban al anochecer por las callejuelas vecinas a San Carlos, a la cual se dirigió el examinado diciéndola para auscultarla, con el mismo empaque con que Amadís se dirigiría a una princesa: “Señora, tenga usted la bondad, si no le incomoda, de descubrir el busto” Como la paciente no estaba acostumbrada a estas finuras y jamás le había incomodado descubrir el busto o cualquier otra porción de su cuerpo a la menor insinuación, contestó con una ruidosa carcajada, y no hay que decir que a nosotros

el lance nos produjo también alborotada hilaridad. Pero don Alejandro dio una gran palmada, como solía al tomar alguna de sus ejemplares actitudes pedagógicas, y en medio del silencio sentenció: “retírese, señor Fulano; me basta ver lo bien educado que está para estar seguro de que será un buen médico”; y, pidiéndole la papeleta, escribió en gruesos caracteres: Sobresaliente y Matrícula de Honor” (106).

Esto, dicho en los albores del siglo pasado, puede entenderse. Hoy la competencia científico técnica del profesional es condición sine qua non para el aprobado y, no digamos para calificaciones más altas en el expediente. Sin embargo, esta competencia es dada por hecho por parte del paciente y no por ello el consejo marañoniano ha perdido vigencia, ya que en el expediente académico no se insiste tanto en el necesario desarrollo de las habilidades en comunicación, necesarias para cimentar la adecuada relación, que será, por cierto, más eficaz cuanto más cordial. En esto, las recientes investigaciones quitan la razón a Marañón. Por eso, él mismo, según cuentan quienes con él trabajaban, era un ejemplo de cordialidad: “Marañón se distinguió por la humanización de la Medicina clínica, tanto en la individualización singular de cada caso, como en el trato del enfermo como persona, en el tacto exquisito con que se dirigía a ellos y los exploraba, no importa si eran pacientes desconocidos del hospital o personalidades relevantes de la vida política y social”²⁰⁹ (81). Julio Ortiz Vázquez, en el capítulo “Marañón , maestro”, refiere: “Quienes trabajamos a su lado en el hospital aprendimos de él, sin necesidad de homilías sobre la caridad, esa cortesía hecha de natural sencillez y calor humano en el trato con el enfermo, que entonces lo era siempre de beneficencia pública, es decir, de clases menesterosas y humildes, cuando no verdaderos “pobres de solemnidad”, utilizando la solemne majadería de una clasificación burocrática de la miseria, por entonces vigente. El magisterio insuperable del ejemplo de su trato diario a los enfermos de esos estratos sociales con el mismo afecto y cortesía que a los de la aristocracia, tenía una eficacia formativa indeleble”.²¹⁰ “Marañón tenía una gran popularidad en España , hija -decían- de su magnífico trato humano”²¹¹ (184).

²⁰⁹ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 32

²¹⁰ *Op.cit.* 106-107

²¹¹ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* pág. 74

Estaba atento a detalles que denotan con qué sensibilidad trataba a los pacientes, aún en aspectos tan prácticos como este que nos refiere Pozuelo Escudero, uno de sus discípulos directos, cuando nos cuenta que se consiguió hacer, en el Hospital, una cocina en la sala, ya que el “rancho” para los mil pacientes era insatisfactorio. Al ver que la gente la usaba y la estropeaba, Sor Matilde puso un letrero prohibiendo el acceso. Marañón preguntó si él podía pasar. Al responder que sí, le dijo que donde podía entrar él podían entrar sus enfermos y se quitó el letrero²¹² (232). Martínez Gordo, uno de sus discípulos, comenta, recordando la actuación de Marañón:

“Marañón se sentaba al borde de la cama para contemplar de cerca al enfermo y poderlo palpar y auscultar. Con frecuencia, al hablarle, mirándole de frente, le ponía su mano derecha sobre el hombro; como debían poner la mano los Reyes de Francia o la ponen los médicos santones árabes y los sufís como una imposición de mano curativa. A veces se pasaba unos largos minutos con el estetoscopio escuchándole un foco -no usaba los fonendoscopios flexibles- y les hipnotizaba con la mirada, mientras escuchaba la historia (clínica) . Luego gustaba de charlar unos minutos con el enfermo, hablándoles de su pueblo, de sus comidas típicas o enviando saludos para sus médicos, o secretarios, cuyos nombres, inexplicablemente, conocía con profusión. Daba la impresión de tener un cerebro electrónico, como una actual computadora, con los nombres de todos los caciquillos de pueblo. Y es que Marañón había viajado mucho por toda la geografía española, dada la afición a sus viajes ... No dejaba pasar una historia clínica sin hacer una explicación. Y estas explicaciones acababan por conquistar el ánimo del enfermo y del médico colaborador, porque siempre expresaba un respeto a ambos que les daba seguridad” ²¹³ (217).

Ernesto Ramos, otro de sus colaboradores, comenta: “Daba gusto mirar al doctor Marañón en su visita a las salas del Hospital; era un padre que visita a sus hijos enfermos.

²¹² Pozuelo Escudero V. Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. Pág. 31

²¹³ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* págs. 96-97

Morosamente -y amorosamente- iba considerando el caso de cada uno de los encamados...su sonrisa franca envolvía al hombre o mujer que sufría y le iluminaba con las emanaciones de su bondad. Con su mano estrechaba la mano del postrado o si no, la apoyaba en la frente, hombro, pecho o brazo. El resultado era el mismo: el dar al enfermo tranquilidad, un sentirse bajo la insigne protección de alguien poderoso. ²¹⁴ (142) . Almodóvar señala: “Nosotros hemos podido apreciar directamente el efecto consolador de este contacto diario entre el director del Instituto y los enfermos que en él tienen puestas todas sus esperanzas y que muchas veces , acariciados por la amable sonrisa del médico famoso y bueno , reaccionan a favor de su salud como ante el mejor de los medicamentos”²¹⁵ (89).

No solamente con los pacientes, por cierto, sino que también cuidaba el trato con los colegas y compañeros de equipo, cumpliendo él mismo su consejo cuando dice: “Para mí lo fundamental de la convivencia de unos médicos con otros se reduce a no hablar jamás mal de los demás... hablar mal de otro médico es, por muchas razones que tengamos para ello, hablar mal de la medicina y, por tanto, hablar mal de nosotros mismos”²¹⁶ (64,106), ya que el médico debe cumplir con los demás médicos , con los enfermos y con la sociedad²¹⁷ (89). Cordial, pues, con los pacientes, a quienes se ha de recibir tales cuales son, guiados por la buena conciencia: “Hoy ya no es preciso advertir al médico cómo debe saludar y de que debe presentarse junto al enfermo con decencia y dignidad, “en la postura de ser retratado”, según aconsejaba Galeno. La ciencia es la que da la conciencia, no los reglamentos”²¹⁸ (64) , añadiendo el elemento de la humana comprensión. Él, liberal de corazón, que había convivido con gentes muy diversas en todos los terrenos de la existencia y muchas veces sufrido las consecuencias, dice: “Tal vez aprendamos que la precaria felicidad de este mundo no se compra con otra moneda que la comprensión”²¹⁹ (129) y que no están reñidas la ética severa con ella: “Aseguro que el médico con ética severa, pero al lado de ella -quizá por encima de ella- con humana comprensión, puede hacer beneficios infinitos ... a veces el retorno a la normalidad que no logró el gesto

²¹⁴ Ramos Meza E. *Gregorio Marañón, gran médico y humanista...* pág. 106

²¹⁵ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 351

²¹⁶ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 352

²¹⁷ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 84

²¹⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 350

²¹⁹ Marañón G. *Ensayos liberales...* pág. 226

dogmático se consigue con este otro gesto cordial de la tolerancia y el amor”²²⁰ (64). Y es que la caridad tiene su potencial terapéutico: “A medida que avanzamos en la vida, nos gana el convencimiento de que el hombre sufre más por el alma que por el cuerpo y que hasta los males más directamente corporales, las heridas y las llagas, se benefician tanto del bisturí y de la morfina, como de la caridad”²²¹ (225).

El médico no es el juez. Es nada más y nada menos que el médico. La eficacia terapéutica puede ser mucho mayor si sacamos de la consulta el juicio de valor. Ante casos que en su momento se podían considerar más delicados, en el área sexual, Marañón comenta: “El hombre y la mujer, arrastrados por el torbellino de la pasión sexual, llegan a veces a trances difíciles para su salud, para su dignidad, para la paz de los que les rodean. ...cuando acuden al médico para intentar un remedio para su angustia, el médico no les puede contestar que procedió mal, que faltó a las leyes naturales, sociales o divinas, sino con un consejo cordial y si es posible digno, con un remedio”²²² (64). No obstante, Marañón no es en absoluto ingenuo. Las expectativas terapéuticas han de suavizarse y asumir todos, médicos y pacientes, ciertas limitaciones: “El enfermo debe aceptar un margen de inconvenientes y de peligros derivados de los errores de la Medicina y del médico mismo como un hecho fatal, como acepta la enfermedad misma”²²³ (64), llegando a la necesidad de establecer límites, y hacerlo con lo que hoy llamaríamos asertividad, lo que siempre genera un punto de tensión entre el profesional y el paciente. Marañón lo expresa del siguiente modo, en la misma conferencia:

“Esta lección –se refiere a lo de Alejandro san Martín- y su riguroso cumplimiento es compatible con la necesidad que, a veces, tiene el médico de tratar con severidad y aun con dureza algunos enfermos de esos que, a veces, engreídos por la abusiva frecuentación de los consultorios gratuitos que se permiten no objetar –lo cual es lícito- sino discutir al médico de tú a tú o tratar de hacerle encubridor, con una

²²⁰ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 360

²²¹ Marañón G. *Vida e historia* ... pág. 164

²²² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 359

²²³ *Op.cit.* pág. 372

receta, de sus ideas arbitrarias o erróneas acerca de lo que padecen y de lo que deben hacer” (106).

Tenemos aquí el particular énfasis paternalista en el que Marañón se solía mover. Es el estilo de una época. Los estudios hoy en día, como hemos venido comentando, apuntan hacia la conveniencia de un mayor empoderamiento del paciente, especialmente ante los procesos crónicos.

2.3.7. El médico: atento con los cinco sentidos

En el ser humano todo se manifiesta a través de la voz: la alegría, el nerviosismo, las expectativas, la autoridad, la motivación, el miedo, el interés. (233)

El médico, pues, no sólo debe ser atento en el sentido cortés del término. Lo debe estar a todos los detalles que el enfermo, sabiéndolo o no, pone delante de sus ojos. De hecho, nuestro autor es el primero que nos recuerda que, al final, nuestro aprendizaje se va a nutrir de ese selecto repertorio de hechos y atentas observaciones, siempre que las cosas se hayan visto bien:

“Cuando se ha vivido lo suficiente para hacer del presente y del pasado un eficaz examen de conciencia, nos enteramos los médicos de lo que en verdad sabemos, lo que nos sirve para ser útiles a los demás y para aportar al progreso de nuestra profesión y nuestra ciencia esa dracma de eficacia que a todos se nos puede exigir; es un repertorio, quizá no muy grande, de nociones y un mecanismo de reaccionar que crea nuestra intransferible experiencia ante la realidad patológica y que ese repertorio, a fin de cuentas, se ha formado casi exclusivamente de hechos y observaciones. Lo que vimos, bien visto, en un enfermo de la clínica de nuestros maestros; lo que después nos enseñó este o el otro paciente, entre miles que nada nos dejaron; el comentario escueto que tal síntoma o que tal experiencia nos sugirió o sugirió al que estaba a nuestro lado, o al que, subido en su cátedra nos aleccionaba en un momento de claridad. De eso, tan concreto, envuelto en el magma, no

innecesario, de los hechos corrientes, de los discursos farragosos y de las lecturas inútiles, se forma lo que, cuando vienen los años, constituyen la razón del buen proceder, la razón de sentirse seguro entre las camas del hospital y hasta, si la ocasión llega, la razón de la maestría” (234)

Almodóvar cita al mismo Marañón cuando nos recuerda que: “El mejor médico será el que reúna las dos cosas, ciencia y penetración. Pero de flaquear una, el éxito será del que posea buen ojo y poca ciencia y no del sabio pero miope”²²⁴ (89). Él hacía una paciente observación de los enfermos.²²⁵ (86). Todo ello, desde que el paciente entra por la puerta de la consulta. En la recepción, el mero hecho de darle la mano tiene un enorme potencial terapéutico. Von Leyden recordaba que este es, de hecho, el primer acto de tratamiento médico (235), tanto por lo que tiene de cordial como por lo que tiene de elemento diagnóstico, lo que nos permite suponer que Marañón habitualmente lo hacía. Como buen endocrinólogo y clínico sagaz, recuerda que: “Muchas veces ni siquiera hace falta examinar con los ojos esa mano, sino simplemente tocarla ; y solemos decir, tal vez exagerando un tanto, que a muchos de nuestros pacientes endocrinos los diagnosticaríamos sin más que estrechar a oscuras su mano” (236). Déficit o exceso de sudoración, la temperatura, la forma de tenderla y estrecharla: Hay muchas cosas de las que nos informa el dar la mano. Los cinco sentidos, siempre al acecho de datos diagnósticos. No en vano, nos recuerda Núñez Gordo: “Solía repetir Marañón a sus alumnos que el enfermo endocrinológico entraba por los ojos. Al primer golpe de vista debía ser diagnosticado en el noventa y nueve por ciento de los casos” ²²⁶ (217) y, en una mente informada, los detalles fisionómicos serán en ocasiones como las teselas de un mosaico que posteriormente encajarán. Explorando de los pies a la cabeza. En sus ensayos históricos , tal vez por eso alabó la figura Juan Huarte de San Juan (1529-1588) a propósito de su obra “Examen de ingenio para las ciencias”: “Con precursora sagacidad meditó Huarte sobre la correspondencia entre la forma humana y la calidad del ingenio. Lo primero que hemos de examinar a aquel a quien queremos conocer es la cabeza. Los contornos de esta

²²⁴ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 81

²²⁵ Botella Llusia J. Gregorio Marañón. El Hombre, la vida, la obra. Universidad Complutense, editor. Toledo: Publicaciones del Centro Universitario de Toledo; 1972. Pág. 32

²²⁶ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 86

son molde fiel de su contenido y el ojo avezado del médico sabe, sin más que ver al hombre sin sombrero, los quilates de su entendimiento” (107)

Dice uno de sus discípulos de Marañón que de él aprendió “que no hay mejor ojo clínico que un buen oído” (237). También escuchar atentamente, no sólo el contenido, sino el tipo de voz que el paciente tiene, nos va a dar claves semiológicas. De hecho, él dedica unas cuantas páginas a hacer una descripción, desde el punto de vista endocrinológico, de diferentes diagnósticos posibles en virtud de la voz del paciente (236). Él, desde luego, estaba bien entrenado para ello. El Dr Alberola y Restoll cuenta:

“Poseía ese maravilloso don que algunos médicos escépticos niegan, pero que es indudable que existe, el llamado “ojo o sentido clínico”. “Nosotros le hemos presenciado sorprendentes diagnósticos con sólo ver el aspecto exterior del enfermo. Recordamos entre ellos el de un paciente que al entrar en la consulta del Instituto y decir “buenos días, don Gregorio”, sólo por el timbre de la voz, dirigiéndose a sus alumnos, les dijo; “este señor tiene un rinofaringocelo [Sic]” y, en efecto, más tarde pudo comprobarse esto por los exámenes clínicos que se le practicaron” (226).

Al igual que el profesional comunica sin decir palabra, el médico ha de estar atento a lo que el paciente dice sin hablar, en todo ese conjunto de actuaciones que supone la comunicación no verbal. En su aproximación al tema de la emoción, que luego será objeto de nuestra consideración, Marañón incluye al gesto como factor condicionante de la emoción, que tiene su flujo también en el encuentro clínico, como en la vida, y conviene ser consciente de ello. Ferrándiz ve aquí cómo nuestro autor, entonces, “señala otras formas de gestarse el acto emotivo, ya no partiendo del elemento psíquico o de la conmoción vegetativa, sino partiendo del tercer elemento: el “expresivo ... a través del cual Marañón incorpora un nuevo mecanismo psicológico explicativo: la producción de la emoción a través de los procesos de condicionamiento o de aprendizaje observacional” ²²⁷(83).

²²⁷ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 277

2.3.8 Escuchar.

Pero no se trata, ni mucho menos, de quedarnos en el timbre de la voz o en la patología orgánica que podamos sospechar al oír al paciente hablar. Hay que ir más allá. Y es que sobre la capacitación científico técnica que se le sobreentiende al profesional, lo que los pacientes demandan en nuestro entorno de actuación es que el médico no deje de ser cordial y empático. Esto último es especialmente complejo, ya que requiere un esfuerzo por parte del profesional que va más allá (aunque no más acá) de la personalidad del terapeuta. La empatía se hace necesaria no sólo en las consultas de psicología y psiquiatría, ámbito en el que se insiste en que el profesional abunde en ella, ya que ahí es del todo imprescindible. Recordemos que, siguiendo a Miller y Rollnik (238), la empatía es tratar de entender la perspectiva en la que el paciente se mueve en su sufrimiento, y validarlo por nuestra parte. Es todo un viaje, complejo, no apto para quien tenga prisa en la consulta, que se hace en muchas ocasiones con varias paradas, subidos en el ascendente tranvía, a veces lento, de la escucha activa, hasta llegar a la cima del mundo vivencial del paciente. Luego, poner la bandera que verbalice que nos hemos dado cuenta de lo que el sufrimiento significa para nuestro paciente. Y esto, que es como un huerto que se ha de cultivar constantemente, es también complejo, porque escuchar de verdad, y más hacerlo como hábito, es costoso. Cuando en unos diez a veinte segundos de media (HDT, 81 ed dig), el profesional experimentado ya está pergeñando la hipótesis en la que va a encuadrar los síntomas que el paciente le refiere, cuesta adecuar nuestro ritmo, aplicando un freno mental que facilite la atención a los matices y acalle nuestro discurso interno, dejando al paciente su turno de palabra, con la libertad necesaria para que libere todo lo que le preocupa con respecto a ellos. Así, nuestra hipótesis, que ha de tener fronteras flexibles y moldeables, se irá adecuando más exactamente y la actuación será más eficaz. Esta actitud de dejar al paciente que hable libremente, suele generar un cierto pánico al profesional que piensa que hay que dirigir la anamnesis de inmediato, sin embargo, los estudios muestran que el tiempo de duración del discurso libre del paciente casi nunca supera los dos minutos (71), que para muchos profesionales suponen un tiempo interno interminable, pero que, visto desde fuera, no es tanto, y compensa en el resultado final. Pues esto, a lo que seguimos y seguiremos dándole vueltas, era algo que ya Marañón nos recordaba. Su escucha era integral e integradora, desde un espíritu naturalista: "...entiendo por espíritu naturalista del médico el plantearse ante todo al enfermo como un trozo de naturaleza viva, con todo lo que alienta en su dolor; es decir, su persona y sus problemas, su herencia y el medio en el que vive y, además,

su enfermedad” (182). Fusí señala que continuó siendo un médico de visión clínica excepcional con una excepcional afabilidad y disponibilidad hacia el enfermo, cuando se refiere al especial momento de vuelta a España, tras el exilio. López Vega señala que tras la vuelta de París, Marañón ejerció la medicina privada, como el mismo médico de visión clínica excelente y excepcional afabilidad y disponibilidad hacia el enfermo que había sido siempre²²⁸ (80). Ferrándiz refiere haber encontrado muestras de su sincera vocación por atender al hombre, su decidida vocación de servicio y su afabilidad, no solo en los libros, sino entre las personas vivas de condición social muy distintas que tuvieron ocasión de recibir su trato.”²²⁹ (83).

Por otro lado, López nos recuerda:

“... En su consulta derrochaba un humanismo nada habitual. Los enfermos que acudían a él no solo encontraban a alguien que los escuchaba, sino que se preocupaba por sus familias, su situación social, su trabajo, su alimentación, sus ratos de descanso, o lugares de veraneo y, lo que era más importante, alguien que los curaba. El interés que se tomaba en rastrear esos aspectos hacía que no fuera infrecuente que quienes acudían a él lo considerasen prácticamente de la familia”²³⁰ (80).

Asimismo, señala a Marañón escuchando como antesala de su acierto diagnóstico

“En su labor clínica y asistencial, la convicción de Marañón de que no hay enfermedades sino enfermos, su capacidad de observación y penetración psicológica y su confianza en la sugestión como ayuda para la curación del paciente, le dieron fama de tener un gran ojo clínico y de “obrar milagros” en los casos perdidos. Por supuesto, no era así. En varias ocasiones explicó que el secreto de su éxito estribaba en la paciente atención con la que escuchaba a quienes acudían a consulta. Elaboraba su historia clínica teniendo en cuenta, además de los posibles

²²⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 31

²²⁹ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 34

²³⁰ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 96

accidentes patológicos o intervenciones quirúrgicas del paciente, sus circunstancias personales. Buscaba en los detalles de su vida las pistas que dieran con el origen de sus dolencias para, de este modo, encontrar el tratamiento adecuado”.²³¹ (80).

En un momento en el que Marañón comenta cómo la propia Medicina va creciendo y absorbe a la persona del médico, sigue haciendo un alegato de la importancia del tesoro de la experiencia propia, que irá alimentando el ojo clínico:

“Dilución del médico en la Medicina ... antes “el médico” lo era todo. Lo que le prestaba “la Medicina” se reducía a unos pocos libros aprendidos, con los codos sobre la mesa, en los años de la juventud y olvidados, en su mayor parte, a los pocos meses del examen. Lo demás, es decir, casi todo, lo ponía el empírico tesoro de la propia experiencia, y singularmente, el mágico poder del ojo clínico. Poder rigurosamente personal e intransferible, del que dependía el triunfo profesional y que se perdía en la nada al morir su poseedor ...” (239)

Y dando al médico esa capacidad de conjugar ciencia y penetración, tan importantes en la cotidiana labor:

“Los enfermos saben que no basta la ciencia para curar, sino que es preciso un tanto de instinto, de específica perspicacia, para dar con el camino de la curación. La Medicina actual exige, cada día más, erudición vastísima y preparaciones científicas arduas y numerosas, pero en lo profesional, el valor del ojo clínico subsiste. El mejor médico es el que reúne las dos cosas: ciencia y penetración”²³² (64).

Y este instinto ha de cultivarse, se trata de ser perspicaz, no tan solo de dominar material teórico: “Son infinitos los casos de médicos, informados al máximo de sus

²³¹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 96

²³² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 369

disciplinas, que viven en un triste olvido de su clientela; y esto es así porque los enfermos saben que no basta la ciencia para curar , sino que es preciso un tanto de instinto, de específica perspicacia , para dar con el camino de la curación “ (157). Nada de esto se puede hacer, si uno no es un experto en escuchar con espíritu naturalista. Comentando a Feijoo, quien para él sería un ejemplo de lucha contra la superstición y actitud naturalista: “Por la boca del paciente habla una de las voces más claras de la Naturaleza. Y muchos médicos pedantes se obstinan en no oírla. En suma, el clínico debe -como Feijoo decía - consultar al enfermo; pero no tener -añado yo- consultas con él”. ²³³

Seguramente, a este genuino interés en escuchar a fondo al paciente, contribuyó sin duda, la personalidad de don Gregorio, quien se tenía a sí mismo como un “neurólogo y psiquiatra frustrado”. Comentaremos posteriormente algunas de las claves en la relación de Marañón con la psiquiatría y psicología, pero basten sus propias declaraciones para ilustrar lo dicho:

“Yo me considero un neurólogo y un psiquiatra frustrado. La vida me encaminó desde el comienzo de mis estudios, hacia la anatomía y la fisiología, contrariando una tendencia tan remota como mi conciencia, a los estudios psicológicos... pero nunca olvidé (...) La endocrinología, la novia que yo me había creado, tenía muchos puntos de conexión con la neurología y la psiquiatría. Sus problemas se rozaban constantemente. Y eso me permitió ser fiel a mi mujer legítima y a la vez flirtear a diario con la novia de mi juventud...” ²³⁴ (79).

Es posible que en todo esto, tenga que ver, siquiera indirectamente, la preclara visión que Marañón tuviera con respecto a la teoría de la emoción. El estudio de las emociones, que, como él nos señala, pasó de manos de los filósofos a los laboratorios de Fisiología (240) a principios del siglo XX ²³⁵ (83) , fue objeto de sus investigaciones, que le llevaron bastante tiempo, sobre los efectos de la adrenalina en sus pacientes y vino a refutar la contemporánea teoría de la teoría periférica de la emoción, cuyos representantes principales habían sido el eminente psicólogo americano William James, por un lado, y el fisiólogo danés Carl Lange por otro. Simplificando mucho, vendría a decir “que no lloraríamos porque estamos tristes, sino

²³³ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.388 (115)

²³⁴ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 54 y 135

²³⁵ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 95

que estamos tristes porque lloramos”. Para ellos, una percepción, una noticia acerca de un objeto, produce en nosotros una reacción somática refleja, empezando el proceso en la periferia, para luego pasar al contenido psíquico consciente. (MMHyL, 140, 143). “Una emoción –dice James- es una tendencia a sentir y un instinto es una tendencia a obrar de modo característico ante la presencia de un cierto objeto” (241). Sin embargo, como nos recuerda Fernández de Molina, Marañón, con los citados experimentos, demostró que lo importante, lo primordial, era la elaboración cognitiva que el paciente hiciera, para que el cerebro pudiese conocer el carácter agradable o desagradable, y esto ocurre antes de que se disparen los fenómenos vegetativo-endocrinos de activación periférica. De hecho, Marañón atisba magistralmente lo que luego se concretaría en el concepto de hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada (240), en el que la activación adrenérgica es factor etiológico principal. Más allá, señalará hasta qué punto el tono vegetativo puede influir en el curso de la historia: “Muchos actos privados y públicos del ser humano están influidos por su tono vegetativo. En mi trato como médico, con tantos seres humanos, he comprobado lo que nadie ignora, es decir, cómo anomalías vegetativas, quizá ínfimas, influyen decisivamente en la vida de los hombres, los oscuros y los egregios y, por tanto, en el curso de la historia” (98).

En cualquier caso, no es de extrañar, pues, que cuando en la década de los sesenta el conductismo dio paso al cognitivismo que dominaría la psicología de la emoción durante treinta años, autores como Schachter y Singer calificaran de fascinante el trabajo de Marañón sobre la acción emotiva de la adrenalina. De modo que Marañón siempre consideró la representación mental como el elemento iniciador de todo proceso emocional, ya que en medio de las emociones, el organismo tiene que interpretar el estado fisiológico con respecto al ambiente físico- social para darle sentido. Es el “¿Qué me pasa? ¿Por qué estoy así?”, ya que la interpretación cognitiva es la que permite etiquetar el estado corporal y así poder diferenciar las distintas experiencias emocionales. Tal vez esto, tan importante, puede haber contribuido a hacer de Marañón un gran escuchador del contenido mental del paciente.

Por eso no es de extrañar que, según reza la tradición oral, cuando a Marañón, en una entrevista, le preguntaron acerca de cuál era el “aparato” que había hecho avanzar más la medicina, su respuesta rápida, corta y esclarecedora fuera: “- la silla” ²³⁶ (81,242,243), el instrumento en el que el médico se sienta para escuchar ayudando y el paciente para ser comprendido y aliviado.

²³⁶ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 33

2.3.9 La gestión de la palabra.

Hablábamos antes de la silla del doctor Marañón y mal asunto, cuando en una consulta médica no hay sillas para todos. Es, en efecto, un instrumento de altísimo potencial cuando médico y paciente lo utilizan sentándose, en el encuentro clínico. Pero, una vez sentados, no hemos hecho más que empezar. Y el médico cura, o ayuda a que el paciente se cure solo, en muy elevada proporción, con las palabras y los silencios. Siempre, ante nosotros, el reto de la prudencia en la gestión del verbo: “El médico debe medir sus palabras no ahorrándolas, pero tampoco derrochándolas, porque en ellas está parte del tesoro de su eficacia ... Babinski decía “la medida más exacta de la categoría profesional de un médico la da, no su erudición ni siquiera su vocación o su espíritu de caridad, sino el justo empleo de la palabra ante el enfermo” (168). Y, en medio de todo el prestigio que acompaña a técnicas y farmacopeas, no hay nada como una sola palabra de inteligencia y amor, dicha desde el desinterés y la cordialidad:

“Los pacientes, porque cuando se trata de dolores verdaderos del cuerpo o del alma, y no esos estados de acrobacia de imaginarios sufrimientos, creados a favor de la vida actual y que, a pesar del aparato científico de que se les rodea, yo no me acabo de convencer que sean enfermedades y sí solo modos de dar beligerancia al inmenso hastío de la vanidad y la holgazanería; los pacientes, digo, acaban por darse cuenta de que más que medicinas llenas de un prestigio, que unas veces depende de su real eficacia, pero otras de simples arrebatos de la moda, les es útil una sola palabra de inteligencia y de amor. Y en los mismos médicos ocurre lo mismo cuando en verdad lo son; porque la ciencia fría acaba por hastiar y aparece la nostalgia, no del bien perdido, sino la más honda, la del bien sospechado y no conocido, que es la nostalgia de la medicina hecha de desinterés y cordialidad” (213).

Como señalaremos más tarde, hace siglos que Petrarca se reía de que los médicos no hacían otra cosa que latinizar términos griegos, una especie de juego con el lenguaje, pretendiendo conferirse un aire distinguido desde la nueva nomenclatura. Pasados los siglos e instalados en el día en que vivimos hoy, los médicos hemos tenido que aprender un lenguaje

científico en el que nadamos como pez en el agua. Lo leemos y escribimos, manejándolo en nuestros foros del mundo globalizado, y genera en nosotros un automatismo de expresión que requiere ser contrarrestado cuando quien tenemos delante es a nuestro paciente. Hemos de hacer el esfuerzo, francamente, uno de los más difíciles y en ocasiones agotador, de estar en constante traducción del lenguaje científico para adaptarlo a la capacidad de comprensión del paciente. No hay nada más difícil que explicar de modo sencillo lo complejo. Sin duda hay que sacrificar la precisión y la profusión. Pues, una vez más, nos encontramos con el eco de las palabras de Marañón apuntando en esta dirección: “El médico no tiene más remedio que hablar para el arroyo y no sólo para las Academias; y no tiene más remedio, a su vez, que dejarse influir por el genio popular, incluso en su pensamiento y, desde luego, en su lenguaje... De ahí que el lenguaje médico haya sido, sea y será, el menos riguroso de todos los lenguajes científicos” (244).

Siempre con la certeza de que la palabra hace su efecto, tanto en el terreno clínico como en el docente: “Entonces aprendí que la palabra, aun siendo modesta como es la mía, es siempre eficaz, aunque parezca al principio y aún mucho tiempo después, que ha caído en el vacío” (168). De hecho, Marañón dedica varios párrafos de succulentas reflexiones a propósito de lo que podríamos llamar iatrogenia verbal, enominada por él pedantería científicista, donde más que el beneficio del paciente, a veces pareciera que el profesional buscara su propio auto brillo, que lejos de tender puentes en pro de una comunicación efectiva, marca una distancia aún mayor entre los dos y que también nuestro autor achaca al ciego seguidismo de las modas americanas: “La pedantería científicista se manifiesta también en muchos médicos actuales en el afán de informar a sus pacientes de los detalles de su enfermedad, moda muy americana y, a mi juicio, absolutamente reprobable. Algunos no se contentan con detallar el diagnóstico y añaden todos los posibles peligros y contemplaciones al mismo” (126).

Y es que, sin duda, el manejo de la palabra en el acto médico tiene una especial relevancia cuando nos referimos a la información que queremos dar al paciente. Hay una multitud de escenarios en los que el clínico ha de desenvolverse y algunos, en particular, nada fáciles, como son los relativos a la gestión de las malas noticias. Actualmente, desde que Robert Buckman sacara a la luz su guía²³⁷, los profesionales contamos con unos principios a tener en

²³⁷ En *How to Break Bad News. A Guide for Health Care Professionals*, (Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1992) el oncólogo Robert Buckman aborda la estrategia de la comunicación de malas noticias al

cuenta de manera estructurada, que pueden servir de guía, especialmente a quienes están en periodo de formación y necesitan un guión por el que moverse de manera organizada. Es necesario recordar el marco legislativo en el que nos hemos de mover en nuestro país, que viene dado especialmente por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente, en la que está regulado el derecho del paciente a no saber. Las circunstancias sociales han cambiado mucho desde la época de Marañón hasta nuestros días, sin embargo, encontramos de nuevo, vigentes sus reflexiones. Deben contextualizarse, en el ambiente de corte mayormente paternalista en que se desarrolla la relación clínica en ese momento, pero, por otro lado, el cuidado que Marañón tiene en no dañar, cuidando del eterno *primum non nocere*, está bien definido, mayormente en sus queridas páginas Vocación y Ética. Mientras otros han abordado este aspecto desde el plano teórico, se nota que, en nuestro autor, el interés es eminentemente clínico. En este sentido, para él es claro que el médico debe decir la verdad soportable, lo que requiere un esfuerzo meritorio por parte de quien la va a comunicar: “Exigimos la verdad, pero casi nunca la soportamos. Por eso he escrito alguna vez que el mérito de la verdad no es casi nunca de quién la dice, sino casi siempre de quién sabe escucharla”²³⁸ (64), teniendo claro que, en múltiples ocasiones, los médicos somos “disimuladores perpetuos de la realidad”²³⁹ (64). Por ello, él discrepa de lo que hoy llamaríamos el modo anglosajón de afrontar el tema, en el que se dan toda clase de detalles al paciente, algunos de difícil digestión, en muchas ocasiones por las derivas médico legales en cuestión. Posiblemente, en nuestro entorno mediterráneo, el enfermo es a veces considerado conforme a la etimología, *in firmitus*, alguien que ha perdido su firmeza y a quien hay que sustentar. Esto puede hacer que el asunto se aborde, a veces, desde una malentendida protección, no exenta de conspiraciones del silencio por parte de quienes le rodean. En cualquier caso, Marañón quiere dejar siempre su dosis de optimismo y de esperanza al paciente en medio de su enfermedad, posiblemente convencido de que las ganas de luchar del mismo contribuirán a la mejoría. Para ello, no duda en proponer que se mienta si es preciso. Es la hispánica *pia fraus*, la “mentira

paciente, especialmente en pacientes en estadio terminal. En 2002, junto con el también oncólogo Walter F. Baile, expusieron el llamado protocolo de Buckman, en el que se establecen los seis pasos escalonados y convenientemente concatenados, que proponen se siga para dar esta información: 1) Preparación de la entrevista, 2) descubrir qué sabe el paciente y 3) cuánto quiere saber, 4) comunicar la información, 5) responder a las reacciones del paciente y 6) diseñar un plan terapéutico a seguir, todo ello con una utilidad de amplio espectro.

²³⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 353

²³⁹ *Op. cit.* pág. 354

piadosa” traída al escenario clínico. “Mentimos, porque, sin saberlo, la vida obliga a ello”²⁴⁰ (64), nos dirá en una ocasión. Tras su muerte, Ramón Carande diría de él: “El médico que conquistaba la confianza de los enfermos, fortificando su fe en la salud, el amigo del hombre, siempre generoso, el amante de la verdad que tuvo que decir tantas mentiras piadosas, se llevó también este secreto portentoso: hacerse querer por todo el mundo” (245). Marañón prefiere tener al paciente engañado si eso le mantiene esperanzado, aunque eso vaya en detrimento de su fama como profesional. Posiblemente, cuando Marañón escribía esto, no necesitaba ni un ápice añadir más fama a la ya adquirida. Nos propone:

“Yo he cumplido muchas veces con mi obligación ocultando la verdad, a sabiendas de que en poco tiempo parecería error mi juicio, en detrimento de eso que se llama reputación, pero no tiene temple el médico que no sepa desde los principios de su profesión que acaso una de sus misiones principales es la de saber sacrificar su reputación, ante el dolor del prójimo, cuantas veces se necesite cada día”²⁴¹ (64)

“...yo estoy seguro de que si tengo alguna reputación la he hecho sacrificando mi reputación a conciencia, cada vez que con ello evitaba un dolor o una simple preocupación a los que sufrían”²⁴² (89).

De modo que, en palabras de Almodóvar, convierte su humanismo en humanitarismo en su labor de médico práctico²⁴³ (89). Marañón entiende que la piedad manda, ya que cuando prologa la obra de Lorand: ““El arte de prolongar la juventud y la vida”, dice que el libro es “como el guía experto, que todo lo sabe, y por tanto, sabe mentir un poco y callar mucho cuando la piedad lo manda” (246).

Por otro lado, se trata de no añadir más dolor. Marañón vislumbra el principio que, de alguna manera, se ha visto recogido en los protocolos vigentes (aunque la medicina es mucho más que protocolos), en los que se insiste en no dañar al paciente con la información. Eso sí, el

²⁴⁰ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 353

²⁴¹ *Op. cit.* pág. 354

²⁴² Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 83

²⁴³ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda... pág. 83

médico debe estar atento al devenir de la enfermedad, pero, sobre todo, se trata de mantener en alto la moral de los pacientes:

" ... Yo digo que las complicaciones no deben coger nunca por sorpresa al médico y a sus familiares, salvos casos de muy justificada razón moral. El médico debe procurar así y si padece su reputación, debe resignarse , porque para eso es médico. El médico dogmático vive esclavo de su reputación, ignorando que esta, la reputación, si para algo sirve, no es para que su familia se envanezca sino, precisamente para jugársela cada vez que sea necesario, a cambio de mantener la moral de los pacientes; y una buena moral es casi siempre la mejor medicina y, a veces, la única que nos es dable recetar" (126).

En la conferencia que dio en Jerez de la Frontera, en febrero de 1955, sigue insistiendo:

“el optimismo nos lleva muchas veces al error; pero yerra mucho más el pesimismo. Y error por error, siempre es preferible el que viene envuelto en una esperanza que el que va precedido y acompañado de una marcha fúnebre. Así hoy, cuando vuelvo la vista atrás y contemplo mi vida de médico, lo que más me satisface es haber retrasado a muchos seres humanos la hora del dolor, inevitable, aun a costa de lo que se llama el prestigio profesional, que si no sirve para esto, para cambiarlo por un consuelo, para nada serviría”²⁴⁴ (79).

Esta era una actitud muy característica de Marañón: “Su proverbial optimismo, su convicción pedagógica y clínica de que mostrar constante esperanza ante la evolución de los acontecimientos favorecería el mejor desarrollo de los mismos ... paradigma de la medicina psicosomática, convencido firmemente de la influencia positiva que puede ejercer la sugestión optimista sobre los pacientes, aunque el médico fuese consciente de la gravedad de los síntomas” , tal como refieren su nieto Gregorio Marañón y Beltrán de Lis y Antonio López Vega,

²⁴⁴ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 306

en este caso comentando esta actitud existencial de nuestro autor ante el devenir político de los acontecimientos, donde también aplicaba la misma fórmula optimista ²⁴⁵ (79).

2.3.10 La opinión del enfermo ante la experimentación.

Una observación más, en cuanto a las cosas que se le dicen al paciente y las que se le ocultan, teniendo en cuenta la implicación de Marañón en la investigación y la necesidad de contar con ellos para dicha labor. Evidentemente, hay que situar sus palabras en el contexto histórico, muy anterior a toda la regulación que ha sido necesaria en investigación, debido a los excesos habidos y pese al optimismo del que hacía gala don Gregorio. Él tiene claro que “los experimentos con enfermos es el aspecto más delicado de la ética profesional, a mi juicio. Desde luego, el que más me ha preocupado de mi vida de investigador y de médico”²⁴⁶ (64). No obstante, en su labor, hija del paternalismo coetáneo, nos dice que, de cara a convencer al paciente para que participe en la experimentación, “considero lícito, con un leve engaño, convencerle al paciente” si “a cambio de la investigación se puede esperar un beneficio para los demás pacientes de su enfermedad y para él mismo”, partiendo del hecho, claro está, de que le parece esencial que el enfermo mismo sepa el contenido de la experimentación y se preste a ello. Ante ciertas pruebas complementarias, o tratamientos, ante la resistencia que se pueda oponer, Marañón concede, persiguiendo el bien inmediato del enfermo, “rendir su voluntad con arte y discreta violencia”²⁴⁷ (64). En lo que se refiere al secreto profesional, ve en la docencia un eximente al respecto, con la excepción de “casos especiales y concretos...aquellos de perturbaciones del espíritu y de los instintos ...que acercan la actitud del médico a la del confesor” ²⁴⁸ (64).

Como decimos, hace ya décadas que el debate ético ha fraguado un conjunto de legislaciones en las que prima la autonomía del paciente y la necesidad del consentimiento informado, que no “infligido” (247), de modo que las opiniones de Marañón en este caso no podríamos darlas como válidas. Como señalamos al principio de nuestro estudio, el paciente

²⁴⁵ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 158

²⁴⁶ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 356

²⁴⁷ *Op. cit.* pág. 357

²⁴⁸ *Op. cit.* pág. 356

puede ser objeto de abuso por parte del profesional. En realidad, por algo había dicho el mismo Marañón en 1927: “Lo bueno del médico lo da su ciencia; lo malo que tiene ésta en su aspecto social se debe casi exclusivamente a la humana naturaleza de los médicos” (239).

2.3.11 Cuestión de confianza.

Aunque en alguna ocasión Marañón ha bromeado sobre lo adecuado de no hacer demasiado caso a los médicos : “Los más afortunados, los que no han sufrido accidentes ni han hecho demasiado caso a los médicos” (248), es fundamental para que una relación clínica funcione, que haya confianza, cosa que se conquista desde la coherencia del profesional y eso, desde los más remotos tiempos. Sobre ello pivota dicha relación, siendo un ingrediente que recoge incluso el código deontológico como necesario en la relación clínica. En los ámbitos docentes, seguimos diciendo a estudiantes y residentes, hoy como ayer y lo seguiremos haciendo mañana, que la empatía y la confianza son los rieles sobre los que rodará la eficacia clínica. Es algo que Marañón conocía bien y lo dejó señalado en su momento. Para ello, hace referencia a Potain (1825-1901), quien fuera el diseñador del primer esfigmomanómetro: *“Potain, que tenía su elemental esfigmomanómetro, gustaba de juzgar con el dedo y disimuladamente la tensión arterial de sus pacientes y los curaba con tanta eficacia como los mejores maestros de hoy. Ah, pero es que tenía un arte innato, no buscado, para llenar de confianza al enfermo y nadie ha superado la eficacia de este remedio: la confianza”* (249). Discreparíamos de este apunte, que hay que entender en su contexto, del hecho de que sea un arte innato. Siempre es bueno recordar que la confianza en la relación clínica, tal vez pueda tener algo de congénita en lo que a la personalidad del médico se refiere, pero es necesario recordar que es, sobre todo, adquirida, y, diríamos en los tiempos que corren, donde el modelo consumista cobra un protagonismo excesivo, que tiene pies de barro. Hay que cuidarla, por parte de profesional y del paciente, y mientras se cuida y mantiene, convertirá el encuentro con el profesional en algo verdaderamente terapéutico. El profesional ha de tener bien claro que es un arte no exento de arduo aprendizaje. Para ello, es imprescindible el amor y respeto mutuo en el que, nos recuerda el maestro, se desenvolvía la medicina de antaño, volviendo a referirse al médico de familia:

“Si tiramos por la borda, como una antigualla más, el concepto sacerdotal del médico, la supremacía de la vocación para ejercer

nuestro arte, entonces no tenemos derecho a quejarnos de que se nos exijan responsabilidades por defectos en el ejercicio profesional que, en realidad, sólo pueden resolverse en el ambiente de mutuo amor en que se desenvolvía la Medicina de antaño. El médico actual no puede compararse en cuanto a eficacia profunda con el viejo médico de familia, que hacía también lo que podía para poder aliviar el dolor de sus enfermos, pero que, además, era el consejero, el confidente y el paño de lágrimas en los hogares a los que era llamado.”²⁴⁹ (64,157).

Rof Carballo nos recuerda que el propio Marañón: “Tenía a la cabecera del enfermo un don bastante poco frecuente: el de inspirar confianza plena y absoluta con brevísimas palabras, con ademán sucinto. Tras esta misteriosa influencia había un secreto que su gran prestigio no bastaba a explicar. Quizá fuese su gran bondad, la que, irradiando, ganaba para sí la fe y la esperanza del enfermo” (250). Guillermo Cortés dijo de él: “De ninguna manera, podría sorprendernos la recia solera de su consulta pública que celebraba en el sotanillo de su Instituto ,del Hospital Provincial de Madrid ...desde el instante mismo en el cual, el enfermo se vertía sobre él, se entregaba como a un padre o a un sacerdote. Para quien quiera que fuese, tenía la sonrisa a punto, la palabra breve, tranquila, el ademán parco, el porte amable, dones que sostenían la más viva intimidad entre el hombre investido de médico y el otro hombre acicalado de enfermo”²⁵⁰ (146).

De hecho, Marañón no es ajeno a lo que está viendo ya en su época, reflexionando sobre todo en el auge de un modelo de relación más legal, en el que el paciente ya no es un paciente sumiso a las directrices de su médico, sino un exigente usuario:

“Ya, por lo tanto, el español -o, por lo menos, un tipo de españoles internacionalizados- llama a su médico, no con la familiar y noble confianza del que sabe que el médico hará cuanto pueda por aliviarle y que nada puede pedirle más eficaz que esta buena voluntad, sino con el

²⁴⁹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 374

²⁵⁰ Cortés, Guillermo A. Algo sobre Gregorio Marañón. Ahora. San Salvador, 1978. Pág. 49

papel sellado dispuesto para envolver al doctor en la red leguleya, si el acierto no preside a su gestión facultativa” (157).

Él discrepa profundamente de esta tendencia, en la que observa que “las razones de la improcedencia de la inmensa mayoría de las reclamaciones de responsabilidad profesional en Medicina me parecen evidentes” (157) y se revuelve contra la incipiente exigencia de una creciente responsabilidad profesional²⁵¹ (64): “Ahora resulta que el arte o la religión de curar se convierte entre nosotros en estricto oficio”. Y únicamente en el momento en que tienen lugar conflictos legales, nos dirá que es preferible que el médico no sea elegido libremente por el enfermo, “lo cual supone un proceso psicológico de la mayor importancia en el problema de la responsabilidad” (157). Pero él, rebelde a tener que dar fe ante terceros, señala que con la conciencia de haber hecho lo mejor que se puede las cosas, es suficiente, lo cual nos habla, sin duda, del elevado listón que él mismo se imponía y que esperaba de los demás colegas, aunque el desarrollo de la medicina y la existencia de casos que distan mucho de lo ejemplar, ha llevado a la creación de un necesario marco legal en el que encuadrar la actuación del médico. Maraón es hijo de su tiempo y, posiblemente, víctima de su optimismo. Sin duda, el modelo en el que pareciera que se sitúa las más de las veces, es el de un enfoque paternalista, propio, como decimos, de su época, ya que no hemos de olvidar la tardía datación de la carta de los derechos de los pacientes (1972). En todo caso, concede al paciente la posibilidad de elección de médico, especialmente en el momento en que se está caminando hacia el irreversible proceso de la socialización de la medicina. Pero, una vez elegido el profesional, él espera del paciente que se deje guiar por el médico: “Hay siempre muchos médicos entre los que elegir. Cada enfermo debe elegir el suyo. La socialización de la medicina facilita hoy esta elección. Pero una vez elegido, no debe discutírsele y esto sí que ha empeorado con la socialización de la medicina. Obedecer es empezar a curarse”²⁵² (129,251).

Y es que, saber ser enfermo no es nada fácil. Según Maraón, “A Hipócrates se le olvidó el aforismo de que una de las cosas para la que hace falta más inteligencia es para saber ser enfermo” (249) y “el enfermo debe aprender a hacer honor al adjetivo clásico y lleno de sentido de “paciente”. El enfermo que no sabe ser paciente, disminuye sus posibilidades de

²⁵¹ Maraón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... págs 365 y ss.

²⁵² Maraón G. *Ensayos liberales*... pág. 247

curarse". (251), ya que "el saber sufrir , el sufrimiento bien administrado, es también *medicina*" (251). Porque las cosas van cambiando y don Gregorio ve una nueva clase de enfermo que está teniendo lugar: el enfermo enterado de muchas cosas y creído de que las sabe todas, con expectativas exigentes desde el punto de vista técnico con respecto al profesional al que acude:

"Nadie ha reparado en la importancia que tiene en el esplendor de la Medicina actual, el hecho de que el enfermo no sea ya, salvo excepciones, un ser que sufre y acepta con los ojos cerrados la prescripción de su médico de familia, sino un individuo enterado de muchas cosas y creído de que las sabe todas, el cual, por de pronto, elije a su médico entre muchos, basando su elección en un repertorio de datos, empíricos si se quiere ...este enfermo de hoy colabora, con más o menos discreción o petulancia con su doctor, que ha dejado de ser el mago casi infalible para convertirse en un técnico eficaz del que se puede discrepar y con el que es usual discutir" (155).

Parece que Marañón ya es consciente del creciente papel del paciente informado, que impone cambio en el modelo de relación, aunque esto no sea de su agrado.

"El médico propone sus recetas las cuales son discutidas por el paciente, enterado de los últimos progresos , no de otro modo a como se discuten los platos diversos de la carta de un restaurante. El que no es médico, contribuye, en suma, con el médico y acaso es razonable que sea así, aunque yo no lo crea ni lo soporte ; pero por encima de mi opinión está la realidad" (193).

A título anecdótico, nos refiere que, ante la demanda por parte de algunos pacientes de "alguna medicina de América", el propio Marañón confiesa que cedió a la misma, recetándole a una señora que la requería, mayor ingesta de sal común por su astenia: "un nuevo medicamento americano llamado ClNa" (126).

2.3.12 Recuperando al enfermo.

“Tampoco creo que se pueda suplantar la labor del generalista...siempre un hombre-clínico centrará y personificará la tarea médica, si tiene que seguir siendo humana, frente a un hombre-enfermo” ²⁵³ (209)

En la semblanza biográfica, su nieto y López Vega nos recuerdan que , desde que solicitó la plaza de médico en la Beneficiencia Provincial y pidiera como destino el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Madrid, Marañón realizó una ingente labor clínica y científica, atendiendo con enorme generosidad a sus pacientes, a los que con frecuencia ayudaba materialmente y mejorando por su cuenta alguno de los equipos del Servicio²⁵⁴ (79), como ya se ha comentado anteriormente. Tenemos , pues, a Marañón , comprometido de lleno con su labor. Acompañémosle en algunas de sus disquisiciones que, con razón, hicieron de su voz una de las más autorizadas, pretendiendo compartir una visión humanista de la ciencia, ya que le preocupaba la creciente y excesiva tecnificación que en aquella época estaba teniendo lugar. López Vega señala que en los años 50 “su contribución más relevante ... fueron sus reflexiones sobre la progresiva deshumanización de la medicina” ²⁵⁵(80). En cierta manera, es lógica la consideración del médico como “maquinista del motor humano”, que ha de trabajar “con la tranquila y obligatoria minucia con que entretiene el mecánico su motor”, como él mismo dijera:

“Los tiempos modernos han impuesto un cambio radical en la valoración de la vida humana, que es otra de las bases, y quizá la más trascendente, de la importancia del médico contemporáneo... la mente actual no puede imaginarse una sonrisa benévola en los labios de Dios ante aquellos que por servir a su alma y agradarle a Él se sustraen a la obligación de ser útiles al prójimo de un modo directo y material... cada hombre ha de cuidar su propio organismo con la tranquila y obligatoria minucia con que el mecánico entretiene su motor. Y el médico no es otra cosa que el maquinista del motor humano. No hay, pues, para qué darle proporciones sacerdotales, ni tampoco fingir que se le desprecia.

²⁵³ Ballcells, A., en el prólogo al *Manual de Diagnóstico Etiológico*. Marañón, G. 14ª edición. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1991, pág. 28

²⁵⁴ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 20

²⁵⁵ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 396

Hay que aceptarle como técnico imprescindible, y nada más... Medicina nueva, moral médica nueva también ” (239).

Parece contradecirse, seguramente aquejado de su optimismo crónico, cuando comenta en una ocasión que le parece que ya se ha llegado a la culminación de la medicina científicista o tecnicista:

“...las grandes orientaciones de la ciencia moderna nos empujan, en suma, hacia el estudio profundo y complejo de la personalidad humana, a la que se subordinan las enfermedades mismas que, como entes aislados, tienen secundaria importancia. Y esto, entre otras consecuencias trascendentales, nos lleva, a su vez, a la valorización del arte médico frente a la medicina científicista o tecnicista, cuya culminación hemos presenciado en los años que acaban de pasar y cuya decadencia –quiero creerlo- se inicia ahora ... el médico ha estado expuesto a ser una especie de chófer de la maquinaria humana, concebida ... con el criterio ...de máquina en serie ” (97).

Es obvio que la realidad le ha dado más la razón, en la mayoría de ocasiones en las que don Gregorio apunta al tecnicismo como amenaza, ya que el aumento de la tecnología sigue siendo exponencial y, cómo no, necesario, aunque el riesgo de que el paciente “se nos pierda” aun teniéndole delante, es muy elevado. “...Hay una forma, la más dañina, de la falsa modernidad que se reviste de vanguardia; me refiero al tecnicismo” (252). La seducción tecnológica puede interferir la imprescindible comunicación interhumana: “Hago constar un hecho indiscutible: los hombres han perdido, gracias a la técnica, su capacidad de comunicación interhumana y es necesario recobrarla para que el mundo siga hacia delante. Necesidad urgente, sobre todo en la vida científica que ha de ser esqueleto de la vida futura” (253), párrafo que Marañón inserta comentando la dificultad de comunicación entre científicos, pero que tan claramente puede aplicarse a la que tiene lugar entre médico y paciente. De hecho, incluso sin el elemento tecnológico tan presente, y ante lo que es la recogida de la minuciosa historia clínica, hay un bello párrafo en el que de alguna manera él confiesa lo fácil que es perder de vista este elemento constitucional de la Medicina, que es y ha de seguir siendo el ser

humano, el enfermo mismo, quien se nos ausenta con enorme facilidad cuando lo cosificamos fragmentándolo en síntomas y signos propios de procesos morbosos:

“Yo no he tenido, en toda su trascendencia, idea del valor del elemento constitucional²⁵⁶ en la Medicina, como cuando, al cabo de unos años, hube de leer mis primeras historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minucia, pero con tal método, en los últimos años de estudios académicos y en los primeros de la vida profesional y hospitalaria. Se describían en ellas los síntomas, los análisis y, a veces, las lesiones; es decir, la enfermedad, pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a “la persona” que sustentaba la enfermedad. Y resultaba ésta vacía de sentido. Sólo cuando el recuerdo de esa personalidad humana del paciente persistía, anclado en algún detalle que quizá nos pareció, al recogerlo, accesorio o inútil era cuando, de súbito, cobraba la historia clínica todo su interés...” (254).

Desde luego que para él era básico tener muy en cuenta la clínica en la consecución del diagnóstico y eso que, en algún momento, señala una cierta exageración de los clínicos en la patología endocrinológica, haciendo un llamado preventivo ante la ligereza de algunos autores (255). Pero hay que tener siempre muy presente la clínica. Conscientes de que podemos reinventar al paciente cuando nos acercamos a él y, debemos estar vigilantes para recoger los datos de modo preciso: "Cuando desmenuzamos un hecho o una idea o un semejante nuestro, a la vez que lo estamos conociendo, sin quererlo, lo estamos inventando. En el fondo, conocer hasta los límites, hasta el agotamiento, tiene mucho de inventar. Y el médico no debe inventar nunca nada" (256).

Hay que centrarse en la clínica. Por ejemplo, hablando de la función tiroidea, Marañón recordaba que “Aquí, como en tantas otras ocasiones, el olvido de la clínica conduce a actitudes de una rigidez incompatible con la realidad del curso de la vida, cambiante ya cuando corre por el cauce regular de la salud, pero infinitamente inesperado y paradójico cuando se desborda por los campos de la patología” (255). De hecho, señala que cuando el médico tiene delante a un enfermo:

²⁵⁶ Nos recuerdan Balaguer y Ballester que “para Marañón, la constitución individual tiene un aspecto somático y otro psíquico y ambos deben ser entendidos con un criterio biográfico”. En :Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 95

“La lesión actual, con todo lo demás, nos la da, en gran parte, la historia clínica. Cuando se enfoca al enfermo con un criterio etiológico, -asunto en el que Marañón insistió mucho- nada importa tanto como ésta. El arte del médico bueno es en esta reconstrucción del pasado del enfermo, donde se echa de ver; pasando, tal vez, por alto accidentes que parecían primordiales y sopesando, en cambio, con minucia y perspicacia, otros que apenas dejaron huellas en el recuerdo del paciente. Otras veces lo he dicho y no me canso de repetirlo: si hubiera de elegirse entre una historia clínica rigurosamente recogida e interpretada y una exploración minuciosa, llena de detalles, obtenidos con aquel virtuosismo semiológico que llevó a los grandes médicos de las pasadas generaciones a adorar y adornar cada enfermedad de una serie de signos que exigían un verdadero malabarismo exploratorio; si hubiera de presentarse ese trance, por fortuna teórico, yo no dudaría en escoger la historia clínica y no la serie de datos objetivos, en la seguridad de estar más cerca de llegar al diagnóstico verdadero...”²⁵⁷ (209).

Cuando es más obvia la presencia del avance tecnológico, nos recuerda que ha de estar centrada en el hombre:

“El médico europeo suele tener esta medida, viva y automática, como un reflejo. De este reflejo más que deliberada intención, ha nacido la gran Medicina humanista del último tercio del siglo XIX y de los comienzos del XX, hecha de profunda información tradicional, gloriosamente empírica, pero llena de receptividades para todo lo nuevo, para todas las técnicas, mas siempre centrada en el conocimiento entrañable del hombre que es, cada uno, como un mundo y justifica todos los afanes del médico y todas las extralimitaciones de su sabiduría. Persona y hombre son las dos entidades que definen a la

²⁵⁷ Prólogo a: Marañón, G., *Manual de Diagnóstico Etiológico*. 14ª edición. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1991. Pág. 19

Medicina tradicional y a la moderna. La persona es siempre un número y el hombre es, cualquiera que sea, un cosmos aislado de todas las estadísticas aun de las más egregias” (181).

Y con la Estadística hemos topado. Marañón hace la oportuna reflexión profiláctica, con el fin de no convertir al enfermo en un número sin más.

“El cirujano de ese tipo estadístico, jamás nos habla del enfermo, sino del número de sus operaciones ... el jefe no ve a su paciente hasta el momento de operarlo, y entonces tampoco lo ve porque está ya en la mesa del quirófano ... eso solo es lo que ven y nada del resto, palpitante y vivo, de la humanidad del enfermo... ...frente a este movimiento antimédico o ... antihumanista de la Medicina de los cirujanos, hubo en estos años que comentamos una tendencia contraria, positivamente individualizadora, realzadora de la personalidad, que felizmente la contrarrestó. Este movimiento está representado por los psiquiatras y los endocrinólogos” (97).

Aunque echamos de menos en esta cita la reivindicación del médico generalista, cierto es que, en otras ocasiones, Marañón ha defendido dicha figura como paradigma de médico, en relación constante con la totalidad del individuo y su entorno. El auge de las seductoras estadísticas debe ser contrarrestado adecuadamente para no perder el factor individual. En un momento de sus escritos, a propósito de las tipologías de Kretschmer, Bauer, Borchardt, Brughs y otros autores italianos y españoles, Marañón refiere:

“Este olvido lamentable del factor temperamental no había de ser sino el comienzo de un error que afectó no solo a la ciencia española, sino a la Medicina universal y que hoy culmina en la medicina norteamericana, insigne en muchos de sus aspectos , pero ciertamente nociva al pretender aplicar al arte del diagnóstico y de la terapéutica el método estadístico, que es esencialmente olvido del factor individual. Por fortuna en estos últimos años, varias escuelas médicas, sobre todo europeas, resucitan con los puntos de vista modernos el estudio de la

constitución y el temperamento como factores indispensables para el buen ejercicio de nuestro arte”.²⁵⁸

El temperamento será, para Marañón, un instrumento más de trabajo que matizará la exactitud del hombre de ciencia: “El hombre de ciencia verdadero ...no ha de ser fantaseador ni miope, sino exacto, a través de su temperamento, y contando siempre con el margen de error que lleva en sí el temperamento, que es, en el fondo, un instrumento más de trabajo...” (257). Para terminar esta reflexión que podría dar la idea de que Marañón es alguien en contra del uso de la Estadística, conviene destacar que lo que él pretendía era combatir la despersonalización que puede conllevar. Sin embargo, él mismo llevará al día sus datos, como nos señala su discípulo Pozuelo, llegando a hacer una labora pionera en su Servicio:

“Desde el reinicio de su actividad en el año 1944, le preocupó saber el resultado estadístico anual de su consulta y sus salas, para reforzar los servicios más solicitados y conocer la cantidad de enfermos nuevos, índice de prestigio y captación del Instituto y el número de enfermos antiguos que continuaban con nosotros como prueba de confianza en el equipo”²⁵⁹ (232). De hecho, en la página 353 de los Anales del Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid, año IV, editado en 1930 en la Compañía General de Artes Gráficas por don Gregorio, figuran las estadísticas hospitalarias del Servicio de Marañón de los años 1928-1929...que yo sepa, la primera estadística publicada de una manera sistemática”.²⁶⁰

De modo que Marañón, aun llevando a cabo sus registros, no quiere que el enfermo se nos pierda tras los números. Por tanto, su llamada a conocer al ser humano que tenemos delante, pasa por estar atentos a matices diferenciales que a veces pueden observarse en un gesto, en un matiz superficial, que da relieve peculiar al paciente:

“Los médicos tenemos, por obligación, que conocer a fondo a los hombres y a las mujeres con quienes profesionalmente tratamos. Y

²⁵⁸ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.387 (115)

²⁵⁹ Pozuelo Escudero V. *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. Pág. 46

²⁶⁰ Pozuelo Escudero V. *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal...* pág. 50.

sabemos bien que esos suburbios del alma, que nosotros vemos y los demás no, tienen una desesperante falta de novedad individual. Hay que decir de una vez que lo que diferencia al ser humano, lo que le da carácter e interés inmortal es, casi, lo que se ve sin más que pasar ante él, y a lo sumo, tras una relación pasajera. La fotografía instantánea de un hombre o de una mujer, en un momento de descuido, puede ser más representativa de cómo es profundamente, que un largo pedantesco y costoso psicoanálisis..." (114).

López Vega nos señala que "esa visión antropocéntrica de la medicina, en la que todo gira alrededor del enfermo y su circunstancia, es la que ha hecho que Marañón pase a la historia como prototipo del médico humanista"²⁶¹(80), siendo uno de los precursores, como comentamos en el primer capítulo, de lo que hoy se conoce como medicina personalizada, centrada en la persona. Cuando Fernández Almagro le conoció, dice del encuentro: "Cuando tuve la fortuna de conocerle, acababa Marañón de ser elegido académico de Medicina. Contaba poco más de treinta años y ya era un médico prestigiosísimo: un médico que veía en el enfermo al hombre en su totalidad, bajo la inspiración que habría de caracterizarle, a lo largo de su vida y de su obra, con el clásico abolengo del saber antiguo y la fecunda renovación de nuestro mundo cristiano. Neohumanismo el de Marañón, presente y actuante..."²⁶² (184). Este énfasis permanece vigente hoy en día, si queremos avanzar en una relación clínica eficaz, a tener presente la consideración integral del enfermo y su entorno. Carpintero dirá del gran médico madrileño, que era plenamente consciente de que , al cabo, el médico es médico de personas, no de cuerpos ni tampoco de almas, sino de realidades corpóreas, individuales, proyectivas, agentes de un cierto destino y vocación ²⁶³ (79) y es obvio que da un fundamento unitario al enfermo. ²⁶⁴ La superespecialización a la que estamos asistiendo, con toda la fascinación tecnológica que compartimos médicos y pacientes, tiene luces y también sombras, entre la más amenazante, la sombra de la despersonalización. Por eso,autores como Gervás se

²⁶¹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 96

²⁶² Menéndez Pidal. R.et al *Homenaje a Gregorio Marañón ...* pág. 64

²⁶³ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 135

²⁶⁴ *Op. cit.* pág 255

hace eco de la fragmentación deshumanizadora que tiene lugar, especialmente en el ámbito hospitalario:

“Quienes estudian medicina decidieron en su día aprender una rama de la ciencia que se ocupa del sufrimiento de los humanos; pero en los hospitales lo importante son las enfermedades y hay poca humanidad... se sabe poco o nada acerca de los objetivos vitales y de las creencias de pacientes y familiares. En otros ejemplos, es raro que se analice el impacto de la actividad laboral en el enfermar, o que se considere la espiritualidad que impregna al humano, o las raíces sociales que explican en cada paciente el tipo específico de respuesta al dolor y al sufrimiento (258).”

Para este autor, apologeta de la medicina de familia o generalista, “ sólo hay un especialista médico capaz de sumar los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales de las distintas enfermedades y problemas de salud de los pacientes: el médico de familia ... puede coordinar la atención a pacientes muy complejos, pero muy frecuentes” (258). Así que, una vez más Marañón hacía de algún modo prevención primaria, útil en estos primeros pasos del siglo XXI. Particularmente interesante es escuchar a nuestro autor, a dos meses de morir, seguir insistiendo en el predominio del hombre y de su historia natural, por encima de pruebas complementarias, que tienen también su lugar, pero al servicio de lo primero: "Luego vienen los análisis y los experimentos, que jamás rehúyo, que utilizo cuando puedo. Pero, ante todo, está la historia natural, es decir, la totalidad del hombre con su pasado, su presente y su presunto porvenir" (182).

Alejandra Ferrándiz, en su interesantísima tesis sobre la psicología en Marañón, nos señala que “En Marañón resalta ...el concepto de personalidad total , indestructible, por oposición a la antigua visión de la vida especializada en sistemas y aparatos...bajo un punto de vista holístico”²⁶⁵ (83). A propósito de esto, Ferrándiz menciona a Dunbar: “Con frecuencia, es más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad que el saber qué clase de

²⁶⁵ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág.96

enfermedad tiene el paciente".²⁶⁶ Sin duda, por lo que sabemos, don Gregorio era un seguidor de esta filosofía: "Nada doctrinal y constructivo puede emprenderse en la Medicina más práctica sin estar impregnado el clínico más clínico de un hondo sentido experimental y fisiológico. Más lo esencial sigue siendo la observación inteligente de la enfermedad y de la historia natural del ser humano"²⁶⁷ (81).

Por eso la anamnesis es crucial, e insistimos en lo difícil que es ser maestros en dicho arte. Sus discípulos dan testimonio de sus actuaciones en este sentido, viendo cómo Marañón insistía en su preferencia por la anamnesis, por interrogar y escuchar, más que por su exploración física, aunque en absoluto despreciaba lo necesario de esta con los hallazgos decisivos que tantas veces aporta."²⁶⁸ Fue pionero, como nos recuerda López Vega, en entender la enfermedad, no como el deterioro ocasional de este u otro órgano, sino como un desorden orgánico general...a la luz del fundamento unitario en el que Marañón englobaba todo desde su perspectiva endocrinológica...por eso era tan importante para él la historia clínica y la biográfica, el entorno social... los antecedentes...²⁶⁹ (80). Y es que para Marañón, a pesar de ser un fiel seguidor de sus maestros en el arte de la exploración física y en la observación minuciosa de los detalles, es muy importante detenerse y recoger adecuadamente los antecedentes de los pacientes, entender al hombre desde su pasado para atenderlo bien en el presente: "Yo he dicho alguna vez...que sí me dieran a elegir, para conocer a un enfermo, entre los antecedentes y la exploración, yo elegiría aquellos; y prefiero un estudiante que recoja con inteligencia y minucia el pasado biológico del paciente recién venido a la consulta, que el que, sin más, se aplica a percutirle y auscultarle para definir su estado presente..." (97).

Que el médico se comunique bien con el paciente tiene derivas de todo tipo. Es tan importante que el clínico maneje adecuadamente las herramientas de la comunicación, que hasta la seguridad del paciente puede depender de ello. Hoy, por ejemplo, ya se ha comprobado que muchos de estos errores de seguridad en el uso de la medicación, tienen su origen en un inadecuado encuentro clínico, en el que a veces no se dedica tiempo suficiente a explorar las dificultades del paciente para llevar a cabo el tratamiento, que las exprese, y que el

²⁶⁶ Ferrándiz, *op. cit.* pág. 97

²⁶⁷ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 32

²⁶⁸ *Op. cit.* pág. 33

²⁶⁹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 23

profesional tome las medidas adecuadas escuchando las propias razones del paciente. En el estudio EVADUR se evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en Urgencias tuvieron algún incidente de seguridad (con o sin daño, y relacionado o no con medicamentos). En dicho estudio, el 37,6% de los incidentes detectados ocurrieron por algún problema en el manejo de la medicación, provocando un evento adverso en el 66% de las ocasiones (259). O, si observamos los resultados del “Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)” de 2008, el 24,6% de los efectos adversos que sucedían en la relación clínica se debían a problemas relacionados con la comunicación asistencial (260). Esto nos lleva a los clínicos a la constante consideración de que , cuanto más protagonista sea el paciente en la toma de decisiones, menor será el riesgo de desajustes en la ruta terapéutica propuesta. La sistemática de la entrevista motivacional apunta en esta dirección desde hace lustros. En el ensayo clínico llevado a cabo por Pérula de Torres *et al*, (261) se comprobó cómo esta puede ser eficaz para disminuir los errores de medicación allá donde más nos preocupa: en los mayores de 65 años, cuando los profesionales se han formado en esta técnica que implica resistir el reflejo de redireccionamiento, entender y explorar las motivaciones del propio paciente, escuchar de manera empática y capacitar al paciente en medio de un clima de esperanza y optimismo (262). Lo interesante es recordar cómo algunos de estos ingredientes, al pretender dar la palabra al paciente y ajustarnos a su mundo de preferencias, están en lo que Marañón precisamente aconseja a los médicos más jóvenes: “Atención, pues, a los jóvenes que me lean: yo no digo que calquéis vuestros planes sobre el gusto de los enfermos; pero tened siempre en cuenta esos gustos, aun los que más arbitrarios parezcan...el dar gusto al que sufre es, siempre que se pueda, esencial...” (126).

2.3.13 La biografía del paciente en la historia clínica.

Vemos , pues, cómo en línea con su coetáneo Viktor Von Weizsäcker, a quien se tiene por fundador de la Medicina Antropológica, Marañón ya preconiza entre nosotros que en el trabajo clínico se tengan en cuenta los aspectos biográficos del paciente.²⁷⁰ (79).

“Cada proceso patológico no es una calamidad fulminada, de un modo súbito sobre el organismo, con la arbitraria causalidad con que las balas

²⁷⁰ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* págs.. 202. 255

hieren a unos individuos y respetan a otros en un campo de batalla. Entre enfermedad y enfermo hay una serie de relaciones, algunas de profunda y larguísima raíz; tan larga que sube a través de las generaciones, por los estratos sin fin de la herencia. Todas estas relaciones han de ser minuciosamente conocidas por el patólogo. Hace muchos años que todos decimos, continuamente, que “no hay enfermedades, sino enfermos” (263).

Por eso Fernández Cruz decía de él, describiendo su labor clínica: “A la Policlínica le dedicaba dos horas a la mañana y allí estudiaba al hombre enfermo, al paciente con nombre y apellidos con su educación cultural y su nivel económico. Al hombre perteneciente a una familia que le ha dado un mensaje cultural en su infancia y en su educación. Al hombre adscrito a una nación y a una etapa histórica de la existencia.”²⁷¹ (85).

No sólo biología, sino biografía. Y eso, tiene a su vez una derivada literaria, como nos recuerda López Vega: “También en sus estudios, Marañón procuraba reconstruir la historia clínica de sus biografiados ... y junto a ese biologicismo, en su obra hay un evidente determinismo histórico ” ²⁷² (80) con los riesgos que nuestro autor señala ante lo que él denomina clínica arqueológica: “Pero, además, los médicos nos equivocamos tantas veces cuando los enfermos están al alcance de nuestras investigaciones directas, que tiene mucho de atrevido y pedantesco el pretender acertar cuando nos separa de ellos el abismo sin orillas de la eternidad... en nuestra ciencia sólo pueden tomarse en consideración aquellas opiniones que nacen tocadas de sencillez y humilde reserva.” ²⁷³ No obstante, entrar con más detalle en esto, escapa de nuestro marco conceptual.

Marañón nos anima a estar atentos en la consulta a cada caso, y a ver las fluctuaciones de la enfermedad en cada paciente. Al fin y al cabo, él insistía en que la enfermedad no es sólo el deterioro de un órgano u otro, sino que incluye todo ese mundo de reacciones nerviosas del

²⁷¹ Botella Llusá J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 30

²⁷² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 242

²⁷³ Marañón G. *Ensayo biológico sobre Enrique IV de Castilla y su tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1947. OC, V, pp. 85-161. P.101 (143)

sujeto enfermo, que hace que la misma úlcera de estómago, por ejemplo, sea una enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de Filosofía²⁷⁴ (64). Una vez más, hay que levantar los ojos de la analítica y mirar más allá. El modelo de “acto médico” que nos ofrece Marañón es, en definitiva, un modelo que integra lo biológico con los factores psicológicos y sociales ²⁷⁵(79). Así, hablando del médico que sólo se limita al control glucémico de su paciente diabético, sin más, nos dice:

“En un diabético, el cálculo de la glucemia y la glucosuria, después de un régimen de prueba, nos valora en cifras netas, la cuantía del trastorno,... pero es seguro que un médico que entendiese y tratase así a sus diabéticos, haría entre ellos estragos incomparablemente mayores que los de otro médico ignorante de la ciencia metabólicométrica, pero atento a la observación de cada caso y a las fluctuaciones de cada etapa de la enfermedad. Y este médico inteligente será aquel que, en efecto, sepa algo más que la Medicina” (189).

No solamente nos anima a mirar más allá de la estricta medición metabólica, sino que en este anhelo de no convertir al paciente en un puzzle de síntomas, y en su visión humanista del ejercicio médico, nos recuerda que si sólo se sabe de síntomas, puede que no se sepa de casi nada, porque, al fin y al cabo, “la palabra exacta para cada síntoma es como una llave que abre solo una puerta” (264). Por eso él insiste: “El médico que solo ve en el enfermo los síntomas... está muy amenazado de no saber casi nada de cómo es, en verdad, el que sufre del cuerpo o del alma. La personalidad nuestra se funda en cosas muy distintas de las que pueden catalogarse en los manuales de diagnóstico.” (150). Porque la enfermedad, en sí misma, es impersonal: “El médico no sabe de los hombres más que cualquier otro conocedor de la vida. Lo he dicho muchas veces: nada hay más impersonal que la enfermedad, como no sea el pecado (150). Y : “El médico no sabe de los hombres más que otro conocedor de la vida...nada hay más impersonal que la enfermedad, como no sea el pecado. ...el médico que sólo ve en los enfermos los síntomas -como el confesor que sólo se entera de los pecados de su penitente- está muy amenazado de no saber casi nada de cómo es, en verdad, el que sufre del cuerpo y del alma” (150). Por todo ello, nos dirá, “entender al enfermo...es mucho más que intuir un

²⁷⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 347

²⁷⁵ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág 95

diagnóstico y un tratamiento” (265). Para Marañón, el médico bueno se va a distinguir del adocenado en que, con espíritu naturalista y con el motor de la vocación encendido, se dirige a la búsqueda del conocimiento del ser humano que tiene delante, con la finalidad de curar. De hecho, estos médicos atraerán a sí a muchos enfermos:

“El médico de vocación no se limita, no puede limitarse a diagnosticar la enfermedad de cada uno de sus pacientes. Tiene que comprenderlos en su totalidad. Entre otras razones porque la más leve angina no se sabe enteramente cómo es si no se conoce cómo es la persona que la padece. Yo creo que esto es lo que distingue al médico bueno del adocenado: el conocer al hombre entero o el limitarse a conocer la enfermedad. La perfección en el ejercicio de la medicina depende más que de la inteligencia o de la erudición o de otras aptitudes mentales elaboradas, de la vocación. Y la vocación de curar, en los mejores clínicos como en los modestos, se mide por la curiosidad de conocer al hombre. Esto nos explica el que haya tantos médicos, no brillantes, no profesores, no publicistas, que atraen apasionadamente a sus enfermos. Son los médicos de gran vocación. El médico que no tiene esta vocación de verdadero naturalista, nunca es un gran médico, por muchas cosas que sepa” (132).

Hace unos años, me decía una paciente que su hijo estudiaba medicina y me comunicaba su sorpresa por lo curioso que este se mostraba ante todas las aristas del perfil humano de sus pacientes. En efecto: curiosidad de conocer al hombre, algo que ha de ser el bajo continuo sobre el que construiremos la armonía del quehacer clínico. Y realismo ante la tarea, porque nunca terminaremos la tarea, por otro lado, sumamente enriquecedora, ya que el médico, cuando está atento a sus pacientes, se da cuenta de que sale de la consulta más cansado, pero también más rico, más humano. A veces, más dolorido. Pero como señalaba C.S. Lewis, “por mí mismo no soy lo bastante completo como para poner en actividad el hombre total” (266). Marañón nos resume magistralmente este flujo:

“Goethe decía que, después de haber dedicado la vida entera a la curiosidad de la ciencia, podría escribir toda su sabiduría en el sobre de

una carta; pero, en cambio, la existencia del hombre mejor dotado para la observación no bastaría, toda ella, a conocer a otro hombre, al que pasa a nuestro lado, al más humilde de nuestros semejantes. Nada como el trato con el ingenio de los otros enriquece el nuestro” (253).

2.4 Luz en el diagnóstico.

En palabras de Laín, este sería el momento cognoscitivo en el encuentro con el paciente. Nosotros, en el lenguaje de la entrevista clínica semiestructurada, hablaríamos de la fase exploratoria y resolutoria de la misma. Médico y paciente se encuentran en una relación presidida por una asimetría inherente a ese momento, que tiene como base la capacitación científico técnica que el paciente le supone al profesional y de la que él carece, y una de cuyas labores en el proceso terapéutico será, precisamente, la de realizar el o los diagnósticos pertinentes. Para el médico atento, la propia asistencia al paciente es origen de ciencia. “Hoy ya no es posible asistir al enfermo sin crear a la vez ciencia” (264), nos dirá nuestro autor, en contraposición a la opinión temprana de Cajal, según la cual muchos hombres de ciencia se perdían en el desierto de la clínica ^{276,277} (79). Y él, que dijo que el maestro debe serlo, sobre todo de modos, lo fue en la forma en que escuchaba a sus pacientes, porque escuchar es empezar a diagnosticar. Escucha activa, integral e integradora. El paciente y sus circunstancias, con su historia clínica y biográfica: “La exploración del enfermo, y así lo practicamos desde hace muchos años en el Instituto, requiere, ante todo, la rigurosa historia, no sólo clínica, sino biográfica del paciente...” (267). “...Todo es necesario o puede serlo, para comprender la enfermedad o para atar al paciente a la legítima sugestión del médico...” ²⁷⁸

Fue el entusiasta apóstol de la nueva ciencia de la Endocrinología en el ámbito mediterráneo y fundador de la misma en nuestro país ^{279, 280} (77). Estaba convencido de que el

²⁷⁶ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950
3ª edición, Espasa Calpe, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.358 (122)

²⁷⁷ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 94

²⁷⁸ *Op. cit.* pág. 306

²⁷⁹ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* págs. 34,35,181 y 216

²⁸⁰ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* págs. 255, 258

sistema endocrino era el “guardián de la personalidad”, el factor condicionante de la anatomía, fisiología y psicología del individuo²⁸¹ y en cualquier caso, era muy consciente de la unidad biológica del organismo, por lo que junto a la escucha y la adecuada recogida de datos, estaba también sumamente atento a la exploración física.

2.4.1 La exploración física.

Hoy, que lo medimos todo, hace tiempo que hemos sometido a la propia exploración física al tamiz de la medicina basada en la evidencia (268). Y aunque el espíritu científico con el que el médico actúa debe estar siempre abierto a reconsiderarlo siempre todo, lo cierto es que en nuestro entorno occidental y tecnológicamente avanzado, se observa una tendencia en el médico a prescindir de la exploración física en pro de un irreflexivo aumento en la solicitud de las pruebas complementarias, entregándose el profesional a esta última sin el mismo rigor, y en detrimentos de la primera, allá donde se ha demostrado que sigue teniendo pleno sentido. Como estudiante de Medicina, Marañón destacó entre sus maestros a Madinaveitia (que no era catedrático), San Martín (sí lo era) y el profesor Maestre que también lo era. Este último no cultivaba la clínica, sino la investigación.²⁸² (85). Fue buen discípulo de aquellos pioneros de la recuperación de la exploración clínica, de la observación detallada del paciente, cosa de la que no podemos prescindir hoy día. ¿Quiénes fueron sus maestros en esto? En una entrevista, él explicó:

“Del inolvidable maestro el Dr Olóriz recibí estímulos tan directos y ejemplares que a ellos debo gran parte de mi vocación y de mi entusiasmo por nuestra ciencia. Hacia la medicina interna y la endocrinología fueron sin duda Madinaveitia y Alonso Sañudo los que más influyeron en mí. El primero me orientó hacia la clínica y el segundo hacia la Patología Médica. Con Alejandro San Martín aprendí a ser publicista médico. Don Alejandro fue un gran cirujano, pero hubiera sido mejor fisiólogo. Era la cabeza más clara que había pasado por la Facultad de Medicina de San Carlos. Más tarde, cuando mi vocación estaba ya formada, influyeron mucho Cortezo, Simarro, Gómez Ocaña.

²⁸¹ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* págs. 260, 262

²⁸² Botella Llusá J, et al *Homenaje a Marañón...* pág. 26

Pero Cajal y su obra me dieron, como a todos los que le conocimos, un sello especialmente personal.”

Madinaveitia fue pionero en España en inculcar la necesidad de sustituir la especulación por la observación a través de una exploración clínica detallada, por lo que incorporó, desde su labor de gastroenterólogo, una forma moderna de abordar el estudio del paciente. En ella, la objetividad, la exploración detallada y el examen riguroso del cadáver, fundamentaron el cultivo de la semiología,²⁸³ (79) cosa que, sin duda, influyó en nuestro autor a la hora de fijarse en el uso del arte exploratorio. Álvarez Sierra nos traslada a esos primeros momentos de Marañón como estudiante, frente a un enfermo:

“La primera vez que Gregorio Marañón aplicó sus dedos sobre los espacios intercostales del tórax de un paciente para percutir los pulmones fue en la sala 31 del Hospital Provincial de Madrid y bajo las indicaciones de don Juan de Madinaveitia; del mismo modo, fue allí donde puso por primera vez el estetoscopio sobre una región precordial para escuchar los latidos de la vida en un corazón humano. Eran los primeros días del curso 1905-1906. Cuando un año después en el 1906-1907, empezamos las clases de Patología Médica con don Manuel Alonso Sañudo, todos conocíamos la clínica propedéutica, el arte de reconocer enfermos y buscar en el organismo los caminos misteriosos por donde llegan la muerte y el dolor gracias a lo que habíamos aprendido en las salas 31 y 32, allá en las buhardillas, muy cerca del cielo, buhardillas que don Juan de Madinaveitia, con su iniciativa y su aportación económica había transformado en enfermerías de Hospital moderno. Poseía unas barbas apostólicas, porte de gran señor; rostro de verdadero sabio; gestos de patriarca bíblico o pope ruso; sugestionaba a los enfermos y los estudiantes sentíamos por él profunda veneración...”²⁸⁴ (101).

²⁸³ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 86

²⁸⁴ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 85

Por eso, como discípulo predilecto de Madinaveitia, Marañón tenía extraordinario interés en que los suyos empezasen por manejar con toda perfección los métodos de auscultación, percusión, interpretación de radiografías, análisis clínicos, etc., es decir, lo que Corral llamó Clínica Propedéutica, tal y como lo cuenta Álvarez Sierra.²⁸⁵

Teófilo Hernando fue colaborador de Marañón en muchas labores, comenzando a los tres años de haber acabado la carrera don Gregorio, elaborando la primera manifestación colectiva de la medicina española en palabras de Gómez Santos: el Manual de Medicina Interna²⁸⁶ (93), a lo que seguiría mucho trabajo en equipo. Hernando, en el artículo que hizo con motivo del primer aniversario de su muerte, apuntaba en clave pedagógica: “Ello sorprenderá a los médicos jóvenes, pero de todos modos deben aprovechar este motivo para hacer un examen de conciencia nacional y ver cómo estamos ahora en otras cosas; les extrañará que, cuando yo terminé la carrera, seis años antes que Marañón, todavía una gran cantidad de médicos limitaban su exploración a un interrogatorio breve, para después tomar el pulso y mirar la lengua. Tan era así que, por falta de costumbre, las señoras se resistían, por entonces, a soltarse sus vestiduras para ser exploradas” (269). Todo ello en el primer tercio de siglo XX, donde la nave de la ciencia española dio el golpe de timón para poner proa al universo, en palabras de Pascual Ríos (270).

Marañón, sin embargo, sigue haciendo un llamado constante a estar atento a la exploración, ya que “los médicos tenemos el hábito de inferir conclusiones grandes de pequeños sucesos y síntomas...”(271), recordándonos que “Para hacer un diagnóstico se necesita una infinita paciencia en la auscultación del paciente y hay que aguzar la vista para ver aquellos síntomas poco llamativos, las causas ocultas de los grandes efectos.”²⁸⁷ (68), Ballcells Gorina señala el interés que Marañón ponía en la anamnesis, la exploración, etc.:

“La primera observación que quisiera hacer, a la vista de la enorme labor científica recogida en sus numerosas publicaciones y de la incansable tarea de médico clínico general, en la práctica privada y en el Hospital, es la dignificación de la clínica, del quehacer clínico cotidiano,

²⁸⁵ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 156

²⁸⁶ Gómez Santos M. *Diálogos españoles...* pág. 92

²⁸⁷ Herreros, B. et al *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI...* pág. 56

casuístico y directo ... se entrevé , en la descripción que hace de sus observaciones clínicas y del recuerdo individual de casos en su “Manual de Diagnóstico Clínico”, cómo vivía el encuentro con sus enfermos y su interés y atención en la anamnesis, en la exploración física y en la reflexión sobre el diagnóstico en cada caso, para el que tenía en cuenta, desde luego, las técnicas modernas, pero poniendo énfasis principal en la semiología clínica y en la historia bien hecha”²⁸⁸ (81)

2.5 Marañón como investigador y clínico eminente

Pittaluga lo considera como “investigador y clínico eminente que en los días de la mayor enjundia juvenil ha alcanzado sólida y justísima fama y ha enriquecido la literatura científica nacional con aportaciones de extraordinario mérito ... bien es verdad que no hubieran podido ser más fecundas las fuentes espirituales en que bebió en sus comienzos la clara inteligencia de M. Olóriz, Cajal, San Martín, Sañudo y Madinaveitia”²⁸⁹ (89). Ante un homenaje a sus profesores Olóriz, Alonso Sañudo y San Martín, Marañón nos dirá:

“... otras veces al examinar a un enfermo oscuro, súbitamente descubrimos entre la maraña de los síntomas, uno que parecía el menos importante y que nos lleva rectamente al diagnóstico; y nos parece entonces que hemos vuelto a ver el afectuoso gesto indicador de D. Manuel Alonso Sañudo. Otras veces sentimos que un problema menudo y sin interés de la clínica se transforma, de repente, en un gran problema de fisiología general; y el enfermo deja de ser un caso más en la sala del hospital, para convertirse en núcleo de una investigación fecunda; y , sin querer, vemos al otro lado de la cama la mirada penetrante de D. Alejandro San Martín”²⁹⁰ (80).

Como recuerda el profesor Hernando en su artículo de homenaje:

²⁸⁸ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 31

²⁸⁹ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 65

²⁹⁰ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 53

“Con una buena técnica en la exploración, un médico cuidadoso puede llegar a un diagnóstico cierto y aconsejar un tratamiento adecuado seguido de éxito. Por encima de este médico bueno, cuyo tratamiento se muestra eficaz en la mayoría de los casos, se encuentra el médico investigador, a veces, como en este caso -se refiere a su añorado colega- el médico genial, que no se limita al diagnóstico y al tratamiento de rutina, sino que inquiere, persigue las características especiales de cada paciente, las compara con las de otro u otros observados anteriormente, recuerda sus lecturas y lee de nuevo, pone notas en su historia clínica con interrogantes o se deja grabadas en su mente todas las particularidades de cada caso, y cuando las ha visto coincidir con un cierto número de pacientes y ha meditado sobre ellas, describe un nuevo síntoma, un nuevo síndrome, una nueva enfermedad o demuestra la eficacia de un tratamiento ideado por otros o por él mismo ” (269).

A esta clase de médicos perteneció nuestro autor. Botella nos recuerda : “Marañón era un magnífico médico práctico y empleaba constantemente la percusión, la palpación y la auscultación de sus pacientes, con una asiduidad que recordaba sus tiempos mozos , cuando visitaba a sus tuberculosos en las buhardillas del Hospital” ²⁹¹ (81). Vara López señala:

“La visita detenida que efectuaba Marañón a los enfermos hospitalizados, acompañado de un reducido grupo de alumnos, alcanzaba el máximo valor educativo. En este aprendizaje a la cabecera del enfermo, nos enseñaba a aguzar nuestros sentidos, utilizándolos metódicamente, a ver, observar, palpar, sentir, oler y oír, como métodos exploratorios fundamentales, que podían complementarse con otros instrumentos ... la enseñanza en policlínica era de gran valor, ya que nos iniciaba en la anamnesis ...” ²⁹²(85).

²⁹¹ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 45

²⁹² Botella Llusjá J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 78-79

Balaguer y Ballester sugieren que Marañón y otros miembros de la “generación de la preguerra” irán un paso más allá, postulando una visión más integradora, dinámica y global del acto médico²⁹³ (79). Y de la observación rigurosa de la exploración física en todos sus detalles, Marañón consiguió resultados muy provechosos. Demostró sus grandes dotes de observación cuando fue a las Hurdes ²⁹⁴(77), y aunque él mismo publicó en 1923 *Sobre el valor clínico de la determinación del metabolismo basal*, según señalan Escobar del Rey y Morreale, siguió confiando más en su exploración del enfermo y en la experiencia clínica que él y otros endocrinólogos iban adquiriendo, que en el desarrollo de técnicas auxiliares que se iban desarrollando en otros grupos, sobre todo en el ámbito sajón ²⁹⁵ (77). Eso sí: una observación sembrada de estudio y de intuición, que le llevarían a anticipar conclusiones que siguen vigentes. Moreno Esteban y sus colaboradores refieren, a propósito, la publicación marañoniana *Gordos y flacos* en la que Marañón asevera que el hipogenitalismo prepuberal se acompaña de un descenso de las oxidaciones orgánicas y cursa con un metabolismo basal bajo. Es maravilloso ver que con sólo una intuitiva observación y con un aparato de medida -el metabolímetro- se sea capaz de llegar a conclusiones que incluso se mantienen en nuestros días”²⁹⁶ (77).

En el prólogo que Botella LLusiá escribiera, con motivo de la publicación de la Revisión de la obra médica de Marañón, nos recuerda que éste no era hombre de laboratorio. De hecho, con motivo de una entrevista realizada en 1959, parece dar una idea bastante restrictiva de las exploraciones complementarias a las que los médicos generales deben acceder, limitando todo lo relativo a la exploración física a estos y dejando solo a los especialistas la ejecución de métodos exploratorios auxiliares (113). Él mismo se tiene por un médico general que, por lo menos, volviendo a Llusiá, supervisaba cuidadosamente la labor que hacía el equipo de investigación, entre los que estaba el propio profesor Botella. Marañón, en realidad:

“Extraía sus afirmaciones de la observación clínica y del enfermo. El hombre vivo le revelaba los hechos que nosotros tratábamos de

²⁹³ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 88

²⁹⁴ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 55

²⁹⁵ *Op. cit.* pág. 36

²⁹⁶ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 98

arrancar a las conejas o a las ratas con un experimento. ¿Cómo llegaba Marañón a estas casi prodigiosas dotes de adivinación?. Sin duda mirando la realidad, pero con ojos diferentes a los nuestros... con Marañón nos pasaba... estabas horas y horas ante un enfermo en la cama de un hospital, cuando él llegaba nos decía: “Fíjate bien, este hombre tiene tal cosa”. Yo no lo había visto, pero él lo descubría al momento y no sólo lo presente, sino lo que podía pasar...”²⁹⁷ (77).

Marañón mismo, ha comentado: “Me esfuerzo en destacar el valor de la observación clínica directa frente a la excesiva afición investigadora de los jóvenes que estimo legítima, que yo mismo he procurado encender, pero que necesita su freno; el freno es el enfermo mismo”²⁹⁸ (64).

Sin embargo, esto debe verse junto con lo que Bouza y sus colaboradores dicen en la revisión que hacen sobre la contribución e influencia de Gregorio Marañón en las enfermedades infecciosas, donde señalan: “Prueba de que el mundo del laboratorio no le es ajeno en absoluto a Marañón son sus excelentes descripciones y discusiones de las reacciones de laboratorio para el diagnóstico de la sífilis. Discute el escaso valor de la reacción de Noguchi para el diagnóstico de neurosífilis a partir de una experiencia de 14 casos, hasta una detalladísima descripción de la realización, bases e interpretación del Wasserman”²⁹⁹ (77). Lógicamente, clínica y laboratorio están destinados a convivir armoniosamente, especialmente, si el último vive al servicio de la primera. Lo que Marañón criticaba era ese falso atajo que los clínicos tendemos a tomar, hoy en día con mucha más profusión que antes, consistente en solicitar de inmediato el protocolo analítico, en detrimento de invertir tiempo en la relación con el paciente y en trabajar la historia clínica adecuadamente, lo que proveerá al edificio diagnóstico un fundamento más sólido. Ya Borrell, vista la tendencia en los años 80 al deterioro de las buenas historias clínicas en el ámbito de la atención primaria, llegó a decir que “una historia clínica incompleta permanece incompleta hasta que llega un buen samaritano”³⁰⁰

²⁹⁷ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 21

²⁹⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 343

²⁹⁹ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 379

³⁰⁰ Borrell, F. *Entrevista Clínica Manual de Estrategias Prácticas*. Barcelona 2004. Pág. 35

(55), que finalmente se lo toma en serio y es que “la mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza”,³⁰¹ porque la tendencia a atajar en falso sigue presente. Quien escribe estas páginas ha vivido en primera persona el haber derivado a una paciente a un servicio especializado, volviendo la paciente a mi consulta con la frustración de no haber sido recibida por el especialista en cuestión, en su primera consulta con él. Una enfermera la recibió con el volante de analítica, para decirle que, lo primero de todo, era llevar a cabo el análisis, siendo inútil todo intento por parte de la paciente de entrevistarse con el médico en primera instancia. No son tan solo anécdotas aisladas y es evidente que esto tiene una repercusión enorme en la correcta relación clínica, a su vez, base de la eficacia terapéutica, como señalábamos al principio. A veces la persona del paciente se diluye en el agua del caso clínico a resolver. Como dijera Savater, una de las cosas que primero pierde el paciente cuando entra en el hospital, es el apellido (Savater, Las enfermeras ...y aquella fragancia) junto con la ropa. En el caso de mi paciente, lo que pareció un atajo, se convirtió en un rodeo. No se hizo los análisis por no haber podido ver cara a cara al facultativo. Fue necesario otro encuentro clínico con su médico de familia -siempre es necesario el encuentro- para convencerla de que debía volver al servicio especializado.

Clínica y analítica juntas. En referencia a la labor del Instituto de Patología, el doctor José María Rodríguez de la Cruz, médico cubano y discípulo de don Gregorio, comenta:

“Allí se han acumulado todos los servicios de análisis e investigación ...no sólo para ganar en rapidez en los trabajos, sino para acostumar al médico y al estudiante a mirar las exploraciones secundarias como una prolongación de la exploración clínica sujetas a su control personal. De este modo, se consigue la armonización de los dos aspectos de la medicina que durante mucho tiempo han parecido antagónicos: la clínica y el laboratorio. Allí se insiste mucho en demostrar que tan peligroso es cerrar los ojos a las luces del laboratorio como aceptar sus resultados como artículo de fe, que el justo medio está en renunciar a la técnica, pero no a la crítica. Marañón afirma que “el médico no puede saber ni tendrá tiempo de ejecutar, aunque lo supiese, el manejo de las infinitas técnicas de exploración analítica. Pero debe conocer sus principios y presenciar su técnica tantas veces pueda

³⁰¹ Borrell, *op. cit.* pág. 283

para no perder el contacto directo con el analista y sobre todo reservarse la interpretación del resultado, que casi nunca es interpretación rotunda, sino un matiz interpretativo que sólo podrá apreciar el que mantenga vivo y directo su cotejo con el dato clínico...”. Las lecciones clínicas consisten en explicaciones prácticas realizadas en la Clínica y en la Policlínica. Durante el tiempo que pasamos allí, esta labor fue muy fecunda³⁰² (89).

Lo que sí es indiscutible es que, en el quehacer clínico, esta atención detenida a los enfermos es siempre germen de enseñanza, aunque el número de los pacientes vistos no satisfaga a los partidarios de las estadísticas: “Para nuestra conciencia queda la certidumbre de que lo que sé yo, lo que sabemos los que aquí trabajamos, nos lo han enseñado “unos pocos enfermos” atentamente estudiados, durante semanas enteras, que perduran, a veces sin darnos cuenta, como patrones en nuestra memoria. Lo demás, el número, sólo sirve para diluir y dispersar el conocimiento concreto y profundo” (97).

Es pues, este deseo de reencontrarse con el hombre vivo, con ojos y oídos atentos a todo lo que va a pasar ante nosotros, los clínicos, algo que sigue siendo necesario recuperar con determinación. Hay que seguir la senda de un maestro como él que es “*observador cuidadoso, audaz y limpio, que sabe captar los detalles mínimos, que no dejan de ser un descubrimiento en sí y que mañana pueden ser el germen de un hallazgo trascendente*”³⁰³ (77). El ojo clínico, que nace de haber estado atento a la contemplación y estudio de miles de detalles, debe ir acompañado de intuición en el quehacer clínico:

"Es preciso insistir en la necesidad de conservar el arte diagnóstico propiamente dicho; esto es, como impresión, como facultad innata o lograda por la experiencia de orientar, en una rápida visión, el espíritu del clínico en una dirección veraz...No olvidemos nunca que la medicina, como ciencia experimental, está llena de lagunas y necesita de unas alas

³⁰² JM Rodríguez de la Cruz: “Obra Personal del Doctor Marañón es su servicio de Patología en el Hospital General de Madrid”, artículo publicado en el Diario de la Marina el 7 de octubre de 1927. Citado en Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 99-100

³⁰³ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 213

-la intuición- que le permitan volar por donde no puede caminar a pie..."
(272).

En efecto, diagnosticar, tiene algo de arte: "Hay que plantear cada diagnóstico como fruto de un arte, pero no como un arte de adivinación, sino como un arte encaminado a criticar con sagacidad y cultura los datos recogidos por un análisis y los aparatos registradores, dando a cada uno su justo valor...y armonizándolos en una síntesis demostrativa" (170).

Y no sólo observar, sino compartir lo observado, para ir incrementando entre todos el volumen de la ciencia, cosa a la que anima a los médicos prácticos: "Al médico práctico, solemos oír, le falta preparación científica para plantear sus casos en público. Y pensando así, se pierden hoy innumerables datos recogidos, en su observación, por esos médicos prácticos que, en efecto, no se atreverían a presentar en las reuniones de los hombres de ciencia; como si la observación de la naturaleza, hecha con rigor, no fuera una de las fuentes más fecundas de la verdad" (105).

El mismo Marañón era un admirador de quien era capaz de observar con rigor. En su célebre monografía *La enfermedad de Addison*, que llevara cabo con su colaborador J.F.Muro y Noguera (Espasa Calpe, Madrid, 1949), nuestro autor hace una dedicatoria a Thomas Addison con las siguientes líneas: "ejemplo de cómo un médico puede hacer ciencia imperecedera con sólo la observación rigurosa de los enfermos", advirtiendo de modo clarividente que, con esa actitud, "nuevos hechos se irán incorporando a la ciencia conocida"³⁰⁴ (77).

2.6 La historia clínica

Así pues, para Marañón, la consecución de una buena historia clínica era fundamental. Conociendo por sus propios escritos lo que piensa al respecto, uno se pregunta si luego podía llevar a cabo todo aquello. No nos engañemos: todos tendemos a tener un planteamiento ideal y teórico mucho mejor de lo que luego confirman o desmienten nuestros hechos. Todavía añade más interés, en el caso de Marañón, atender a múltiples testimonios escritos por sus discípulos, quienes trabajaron con él codo con codo, y comprobar su coherencia.

³⁰⁴ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 262

El Dr. Justo Gimena, quien trabajó 37 años a su lado en el Hospital Provincial, nos refiere en su homenaje de 1987: “Prestaba mucha atención a la lectura de la historia clínica, -recordemos que esto lo hacían sus discípulos- era frecuente que hiciera algunas preguntas al enfermo y comprobara algún dato de la exploración, a veces lo hacía para dar más confianza”. La docencia la impartía con amabilidad exquisita, sin ridiculizar a nadie por sus errores: “Si existía algún error, lo corregía con tanta sencillez, con tanta naturalidad, que casi lo compartía. No enrojecía la cara del historiador. Si el error era de don Gregorio, hecho excepcional pero humanamente posible, rectificaba como antidogmático.”³⁰⁵ (216).

Tanto en la enseñanza a la cabecera del enfermo en sus visitas diarias, como en la policlínica, Marañón fue educador ³⁰⁶ (85). “ Sabía suscitar interés, descubriendo las relaciones de los síntomas y de la enfermedad con el mundo de los valores del enfermo y así concentraba su atención. Fomentaba la curiosidad al mostrar lo que desconocemos; no pretendía saberlo todo y era capaz de contestarnos a algunas preguntas: “yo no lo sé” . Nos enseñaba a pensar ...para entender el problema que presentaba el hombre enfermo” ³⁰⁷ (85). Como comenta Sánchez Fornés, al lado de don Gregorio se aprendía a buscar con el mismo entusiasmo la enfermedad en el hombre y al hombre en la enfermedad (237): “Yo busco siempre al hombre aún en el grande hombre -escribió en 1940- que suele ser tan poco humano, lo busco porque creo que es siempre lo esencial”³⁰⁸ (79). Desde nuestro momento histórico, los múltiples testimonios de quienes formaban su equipo –el trabajo en equipo es, siempre, clave- abren una ventana a la que asomarnos a lo que pasaba en aquel Instituto de Patología Médica, en el que se trabajaba con puntualidad en todas las actividades, siendo el horario sagrado, en palabras de Pozuelo Escudero.³⁰⁹ (232). Ciertamente es que su personalidad era abrumadora, como comenta Martínez Fornés: “En presencia del Maestro, la personalidad de sus colaboradores se difuminaba. Y no la recuperábamos hasta que Marañón abandonaba el Instituto de Patología Médica” (217).

³⁰⁵ Gimena J. Don Gregorio en el Hospital. Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento. An la Real Acad Med. 1987; pág. 396

³⁰⁶ Botella Llusia J, et al *Homenaje a Marañón...* pág. 77

³⁰⁷ *Op.cit.* pág. 78

³⁰⁸ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 263

³⁰⁹ Pozuelo Escudero, V. *Marañón y su Obra en la Medicina. Visión de un discípulo directo y personal...* pág. 45

Almodóvar y Warleta, junto con Álvarez Sierra, nos cuentan cómo se desarrollaba la labor clínica:

“La labor clínica se desarrolla en líneas generales, de la siguiente manera: Cuando el enfermo entra por primera vez a la consulta, el médico de turno le hace el correspondiente reconocimiento e historia clínica, de acuerdo con el que el paciente pasa a los diversos departamentos que exija el exacto conocimiento de su caso. Estos departamentos reúnen todas las especialidades médicas, encontrándose al frente de cada una un prestigioso médico o más de uno, acompañado de sus respectivos ayudantes y alumnos. El día prefijado vuelve el enfermo a la Policlínica, en donde se lee, ya en presencia de todo el cuerpo médico y del propio doctor Marañón, la historia clínica junto con los informes que los departamentos por donde haya pasado el enfermo aportan al caso. Una vez examinados y discutidos, se procede al diagnóstico y al tratamiento, que don Gregorio concreta, oídos los pareceres de los colaboradores. Cuando las necesidades lo apremian y las disponibilidades lo permiten, el enfermo ingresa para su tratamiento y estudio.” ³¹⁰ (89).

Todo ello, en medio de una enorme demanda asistencial: “A veces se agolpan en la puerta de la Policlínica , en demanda de número, a las cuatro de la mañana cuando no desde la noche anterior. Con los enfermos asisten casi siempre varios familiares y cada uno viene , por lo general, con la historia y las cartas de sus médicos anteriores.” (273) .

Situémonos en la consulta, para comprobar cómo se explora a los pacientes:

“¿Cómo examina el doctor Marañón a sus enfermos? En el salón de consulta, con amplias ventanas abiertas al jardín, en el ángulo de una mesa, está sentado el doctor Marañón. En el centro, sobre el libro de historias, los jefes de turno de la Policlínica; frente a la puerta de entrada, alrededor, los asistentes de toda clase formando cuadro, tomando notas, a veces apeñuscados, la asamblea de los médicos. La

³¹⁰ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* págs. 100-101

consulta es de Medicina General, pero en ella empieza la clasificación de los pacientes para los especialistas que, en sus respectivos departamentos, asisten en el Instituto. Julián, el enfermero, nombra el número correspondiente y entra el paciente. En este momento comienza la exploración. Se cala bien la facies, la mirada, el cuello, la edad, el cabello, el estado general, la aptitud, etc., y al mismo tiempo la de los familiares que le acompañan. Se sienta con los suyos a su alrededor y se da lectura a la historia clínica redactada esa mañana o la tarde anterior por los ayudantes. El doctor Marañón hace algunas preguntas complementarias para confirmar los hechos destacados y dice con la mirada a los que le rodean: “¿De qué se trata?” Se nombra, sin más preámbulos, el diagnóstico de seguridad o presunción, se demandan exámenes de laboratorio o de especialistas y, en esta primera sesión, queda clasificado el enfermo.

Reunidos todos los hechos fundamentales de observación clínica, clásica y eterna, en la historia, pues para el doctor Marañón, sean cuales sean los progresos modernos, la anamnesis y clasificación bien hecha constituyen las tres cuartas partes del diagnóstico médico. El enfermo pasa sucesivamente con sus boletines por los departamentos indicados y vuelve al día siguiente con todos sus documentos para el juicio definitivo.

Al entrar de nuevo, el que lleva la historia y las medidas da su interpretación patológica confrontándose entonces, sin mayores trámites, el diagnóstico puro del día anterior, con el que surge entonces en presencia del protocolo. No se discute el diagnóstico diferencial a la francesa, enumerando todo lo que no es un enfermo, decantando conceptos y nomenclaturas a un diagnóstico de certeza, bien localizado y con su etiqueta”.

¿Cómo se procedía al diagnóstico? Los autores nos lo siguen describiendo:

“El método del doctor Marañón consiste en comprobar los hechos con los instrumentos de la observación, del interrogatorio, de las técnicas

modernas, dándole una parte amplísima, porque es de suyo insospechado el poder del ojo clínico. Nada de lo que es moderno nos era extraño allí, pero en las artes viejas de calar a fondo con todos los sentidos consistía el verdadero aprendizaje. Y así tiene que ser, ya lo han visto entre nosotros los jóvenes discípulos de maestros ilustres, porque el examen de laboratorio es una orden mucho más fácil de mandar que las recetas y que solo se usa con acierto cuando se ha aprendido a obedecer los dictados de la observación personal con todos los sentidos y con todo el juicio junto al enfermo casi sin instrumentos. El ambiente de confianza es tal en la Policlínica del doctor Marañón que los enfermos, sobre todo las enfermas, cuentan espontáneamente sus intimidades más recónditas y esto en público, obra, sin duda, de la delicadeza extremada, del gran recato, pues nadie se desviste en público, sino en un cuartito adjunto donde se hace la auscultación, palpación, etc., por los médicos y de a uno por vez. El tratamiento, según líneas generales, a menudo ya aconsejados por los especialistas, da lugar a la instrucción del enfermo y al comentario científico que al cerrarse la puerta, en el entreacto del próximo enfermo, cobran todo su valor.”

Hijo de su tiempo, en plena dictadura, Almodóvar no pierde ocasión de apuntar sus sospechas sobre la democracia, cuando nos recuerda *“La Policlínica constituye una asamblea de médicos y así es, porque todos los presentes tiene voz, aunque felizmente no se vota ...”*

Volviendo al proceso diagnóstico:

“Y el doctor Marañón habla muy poco, con gran concisión y no menor eficacia para los que saben captar el sentido de sus escasas palabras, pero todos los que deseen y, a menudo son bastantes, hacen sus observaciones.

En resumen: la Policlínica del Hospital General es de las más concurridas del mundo. Se examina y receta al enfermo después de varios actos, fijando la máxima atención en clasificar la constitución y el

síndrome del caso o grupo patológico, dando menos importancia a la etiqueta, a veces caprichosa, como son los sobrenombres con que aparecen en los libros de Patología. Allí también observamos la vocación médica del aprendiz dando toda la importancia al amor por el enfermo, salvando todos los obstáculos y repugnancias, buscando solo la verdad como deber y como un deber que alivia el dolor de nuestros semejantes.

Conjuntamente la investigación científica tomaba cuerpo en forma de ficheros bien clasificados de piezas para el archivo de las historias técnicas y de iconografía, para el cual el doctor Marañón es extremosamente escrupuloso, interviniendo personalmente en el manejo de todos y de cada uno de los papeles guardados en muebles apropiados. El tesoro de veinticinco años de su Instituto está justamente en el archivo, que posee, sin disputa, el mérito de colecciones de casos clínicos raros, por ejemplo, alrededor de doscientas historias de enfermos de Addison Allí está la fuente de las tesis doctorales y los trabajos científicos que han dado fama a la escuela del doctor Marañón”^{311,312} (89,101,142).

No es de extrañar que la demanda asistencial que se generaba fuera muy elevada. De ello da testimonio en 1937 el Dr. Collazo, citado por Almodóvar: “El prestigio de sus estudios, la apelación de sus discípulos y la última instancia de los maestros, sus colegas, pueblan sus consultorios públicos y privados de manera increíble. A veces se agolpan en la puerta de la Policlínica , en demanda de número a las cuatro de la mañana, cuando no desde la noche anterior. Con los enfermos asisten casi siempre varios familiares y cada uno viene , por lo general, con la historia y las cartas de sus médicos anteriores” (274).

La versión que nos da Schüller es ilustradora, en la misma línea:

³¹¹ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* págs. 103-105

³¹² Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* págs. 159-160

“¿Cómo practicaba la Medicina? Rigurosamente fiel al llamado método clínico: primacía a la historia y exploración clínicas, racional petición de las más modernas técnicas complementarias de investigación bioquímica, radiología, etc. Marañón, muy atento a las innovaciones científicas y tecnológicas, incorporaba aquellas que tuvieran demostrada capacidad resolutive diagnóstica.

Exigía detenidos interrogatorios, minuciosas exploraciones clínicas clásicas. Defendía la costumbre de hacer un resumen clínico agrupando síntomas y signos de enfermedad, haciendo un diagnóstico sindrómico, para con los datos complementarios, hacer el diagnóstico diferencial, el directo o nosológico, el topográfico, el funcional o fisiopatológico y finalmente, si se podía, el etiológico” ³¹³ (223).

Marañón subraya la importancia de ser un fisiopatólogo. Para él, esto, junto con ser un investigador de la clínica y un hombre con el pensamiento en comunicación con el mundo, definen a un buen médico, como dijo en homenaje al psiquiatra Nicolás Achúcarro (1880-1918): “Vinieron entonces las generaciones nuevas, cuyo gran profeta fue Achúcarro, muerto ha poco, pero no sin dejar una semilla de lo que debe ser el médico moderno en un hospital: un fisiopatólogo, un investigador de la clínica y un hombre con el pensamiento en comunicación con el mundo”(275). “Fue el primero que realizó en España la fecunda conjunción del hombre de ciencia con el clínico ... el fisiopatólogo...no es, como creen algunos, aquel que reparte su tiempo entre la investigación científica y la exploración y receteo de los pacientes, sino el que se acerca al enfermo, con la mente organizada en fisiólogo, sabiendo que todo ser vivo es fuente maravillosa e infinita de enseñanzas y más si la enfermedad le ha apartado de las leyes normales que rigen y conducen nuestra vida”³¹⁴ (127)

Volviendo a Schüller, reseñando el quehacer marañoniano: “En todo paciente enseñaba la indagación fisiopatológica y consideraba a la lesión como la conciencia morfológica de la enfermedad. Prueba de ello es su costumbre de acudir a la sala de autopsias del Hospital

³¹³ Varios autores. *Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento*. Madrid; 1987. Pág. 414

³¹⁴ Marañón G. *Raíz y decoro de España* ... pág. 86

General a presenciar estas, recibiendo con gran interés el dictamen de las causas de muerte”.³¹⁵

2.7 En cuatro folios

De modo que la elaboración de la historia clínica era el eje sobre el que desarrollar el resto de la labor. Marañón abrió el archivo en 1912, en la Policlínica del Hospital General, y era un férreo partidario de una buena elaboración de la misma. Botella LLusiá describe que “...se pasa horas y horas en las salas del último piso del hospital. No se llevaban entonces historias clínicas. Él las impone, pero en aquellos primeros años, todavía sin discípulos ni colaboradores, hasta las historias se tiene él mismo que hacer”.³¹⁶ (81). Según nos cuentan sus discípulos, insistía en que se realizase de modo meticuloso, aun ante casos que podrían parecer a primera vista sencillos o evidentes. Según el Dr. Núñez Gómez-Gordo, uno de sus discípulos, “...Era la manifestación pública de su culto por la historia clínica...”³¹⁷ (217). Dicha elaboración no era tarea baladí, sino, tal como refiere este autor, cosa seria en el Instituto de Patología Médica, tarea que no todos dominaban por igual y en cuya redacción no faltaba el margen para los personalismos literarios de unos y otros:

“La pesada carga de escribir una historia clínica, como exigía Marañón, eran dos o tres horas de un minucioso trabajo de interrogatorio y exploración. Eran cubrir con estilográfica –no había aún bolígrafos- cuatro grandes páginas con el interrogatorio minucioso de la historia familiar y personal del enfermo a estudiar, apuntando hasta lo inverosímil. Era explorar sistema por sistema y aparato por aparato, una y otra vez, aunque en la primera impresión del enfermo supiéramos con evidente certeza que lo único que padecía era un hipertiroidismo, por ejemplo, o una acromegalia. Hacer una historia clínica en el Instituto de Patología Médica era un arte muy serio y se encomendaba solo a los altos responsables. Tan serio, que sólo pudieron hacerla a la perfección

³¹⁵ Varios autores. *Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento...* pág. 414

³¹⁶ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 43

³¹⁷ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 87

el doctor Muñoz Larrabide y el doctor Martínez Fornés. Los demás fuimos apenas unos imitadores imperfectos.

Escuchar una historia clínica del doctor Muñoz Larrabide era asistir a la audición de una pieza de arte. Podía empezar así : “Estando el enfermo contemplando el azul del mar, subido en lo alto de una peñas mientras el sol se hundía en su ocaso, notó que la tierra giraba en torno de él y el ánimo se le marchaba por la boca...” donde nosotros solíamos escribir “desde el pasado verano acusa vértigos”.

Después, una serie de calificaciones técnicas de una exploración sumamente meticulosa en la que no faltaba la descripción numérica de cualquier grano, lentigo, mancha, peca, pelo, estrella vascular, etc., seguida de sus diversas características de extensión, color, tamaño , agrupación, simetría, momento de aparición, sensaciones locales, etc. Marañón escuchaba sin interrumpirle, apoyada su barbilla en el puño de la mano -su postura habitual - como si aquella lectura fuera la más extraña y conmovedora del mundo”.³¹⁸

Las historias clínicas de Martínez Fornés, mi condiscípulo más capacitado, constituían verdaderas piezas clínicas, únicas en su género. ..no en vano se sabía de memoria el Manual de Diagnóstico Etiológico... Marañón le iba a encomendar la confección de las historias más difíciles.³¹⁹

Es de destacar que, el ocupadísimo Marañón, tenía dadas órdenes terminantes de que durante su estancia en la clínica no le interrumpiera nadie, tanto cuando pasaba la consulta en las salas y en la policlínica, como en el transcurso de las sesiones clínicas en el Instituto³²⁰ (215). Si volvemos a la confección de la labor clínica, Ramos Meza pone también el foco en esa asamblea en la que la protagonista era la historia clínica:

³¹⁸ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* págs. 27-28

³¹⁹ *Op.cit.* págs.28-29

³²⁰ Jiménez Quesada M. *De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo*. Editor Mateo Jiménez Quesada, editor. Madrid: IMNASA; 1972. Pág. 61

“Don Gregorio llegaba puntualmente cada mañana al hospital y después de ponerle la bata Sor Matilde, recorría rápidamente la mayoría de las secciones del Servicio, para saludar y al mismo tiempo estimular a los médicos de cada una de ellas que ya estuvieran trabajando desde temprano. Inmediatamente comenzaba la labor asistencial, alternando por días el pase de visita a una y otra sala de las cuatro de su Servicio (dirigidas en mis tiempos por Duque, López Vidriero, Gimena y Pozuelo). Tanto en las salas como en la consulta, se hacía leer la historia clínica del enfermo nuevo, puntualizaba y comentaba algún dato de la anamnesis, comprobaba algún hallazgo de la exploración física, animaba al principiante elogiando sus aciertos en la obtención de esos datos, o corrigiendo con delicadeza sus desaciertos. Cuarenta años después recuerdo todavía con emoción el orgullo que me producía en esos casos la atención con que escuchaba mi lectura de las historias redactadas por mí y mis interpretaciones semiológicas. Pero esa misma afectuosa atención prestaba también a las historias redactadas por los más veteranos, sonriendo con la florida y literaria expresividad de las historias de Muñoz Larrabide, (De Larrabide, dice Ramos Meza que nunca desaprovechaba momento y ocasión para relatar un cuentecillo o hacer un chiste, la mayoría de las veces inteligente y oportuno. En la aridez de la revista de las historias clínicas era el oasis del buen humor y de la sana alegría³²¹ (142) o aprobando con el gesto la sobria precisión de las de Martínez Díaz. Con lo que dejaba bien grabada para todos, la importancia de la historia clínica en el estudio de cada enfermo, no como mero ejercicio formativo para principiantes, sino como fundamento del proceso diagnóstico. Luego vendría ya la petición de exploraciones complementarias y de opiniones de los especialistas y con sus resultados a la vista, el establecimiento de los juicios clínicos. Terminado este estudio, el enfermo pasaba a recoger su informe y don Gregorio le daba las explicaciones pertinentes con afabilidad y con directo contacto humano, seguramente muy superior

³²¹ Ramos Meza, E. *Gregorio Marañón. Gran médico y humanista*. Folia Universitaria. México, 1961, pág. 110

en eficacia terapéutica a esta transmisión impersonal, a través de secretaria o por correo , que tanto se estila en los hospitales de hoy.

Conviene subrayar esta metódica del magisterio clínico de Marañón, dedicando atención sostenida a la rutina asistencial diaria, pasando visita o consulta a todas sus secciones , por turno y esperado siempre con impaciencia en cada una de ellas, por enfermos, médicos y monjas (Sor Matilde, sor Romana) y enfermeras ³²² (81).

El propio Núñez Gordo, ante las lecturas una historia clínica tras otra, nos deja caer su sospecha de “ si acaso Marañón se quedaba en “reposo cerebral ... como los pequeños sueñecillos de unos breves minutos que sabía echarse...Churchill...” . De no ser así, el autor confiesa su admiración ante la paciencia de Marañón escuchando todas esas historias clínicas: “Se había merecido la medalla de oro a la Paciencia o pasar a la historia como el segundo Job de la Medicina”³²³ (217). Su discípulo directo, el Dr. Vicente Pozuelo confirma este mismo procedimiento de lectura de las historias clínicas³²⁴ (232).

La semiología era tan importante para él, que era la base de mucha de la labor docente cuando el enfermo estaba delante. Fernández Cruz nos describe:

“Su espíritu docente ... subía al Aula donde daba su lección que tenía carácter de lo que ahora llamamos “lección compartida”, siempre fundado en el método socrático. Le gustaba siempre iluminar con esquemas, dibujando en el encerado sus explicaciones. Después hacía la visita a la Sala. Allí se transfiguraba el maestro y ante el paciente exponía su teoría de la enfermedad. En todo caso, al modo de un naturalista. No era el enfermo, sino las enfermedades, lo que explicaba en la Sala, siguiendo siempre el método semiótico, tan poco ortodoxo de la Medicina de Madrid y tan cultivado y mantenido por las escuelas

³²² Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 110

³²³ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 27-28

³²⁴ Pozuelo Escudero V. *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal...* págs. 33 y 62.

de Montpellier y de la Cataluña neo-hipocrática. Sus diagnósticos de enfermedades eran consecuencia de su interpretación semiológica, de su concepción sindrómica, de la cual ascendía al estudio de la enfermedad” ³²⁵ (85).

Vicente Pozuelo llama a la consulta que tenían en la policlínica, “la consulta socrática”, por cómo interactuaba Marañón con el resto de los colegas:

“Lo enfermos nuevos se veían los lunes, miércoles y viernes, a partir de las once de la mañana hasta la una, en régimen socrático, ante los médicos asistentes, con la lectura de la historia y el diagnóstico diferencial para solicitar las exploraciones analíticas e instrumentales que se consideraban necesarias. Los martes, jueves y sábados, sin clase, se estudiaban a los enfermos desde las diez a las doce horas, cuando había sesiones o conferencias y si no, hasta la una. Entonces llegaban los pacientes con los resultados, hacíamos el diagnóstico definitivo y se disponía el tratamiento”. ³²⁶

Eso sí: Marañón, guiado por su espíritu crítico, estableció como norma la necropsia sistemática, cosa que se encargaría de organizar el Dr. Vara, quien trabajaría por las tardes con Del Río Hortega. ³²⁷ (85).

2.8 Los innecesarios chequeos.

Mientras Marañón insistía en la importancia de la exploración física y en la obtención de una minuciosa historia clínica integral como medios de conocer al hombre y encontrar al ser humano en su enfermedad, (“yo busco siempre al hombre aún en el grande hombre, que suele ser tan poco; lo busco porque creo que es siempre lo esencial” ³²⁸ (80) una amenaza aparecía

³²⁵ Botella Llusí J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 30

³²⁶ Pozuelo Escudero V. *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal...* pág. 44

³²⁷ Botella Llusí J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 80

³²⁸ Citado en: López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 29

por el horizonte acercándose rápidamente, llegando para quedarse hasta el día de hoy: los chequeos innecesarios. No hay que dimitir de pensar que la investigación y las diferentes pruebas realizadas han de responder a una línea de pensamiento que busca con criterio: "También la ciencia experimental de hoy padece de heterodoxias y de idolatrías, como el mito del análisis y del experimento, convertido en ejes de la investigación y no en servidores del pensamiento. Argumentar sin sentido en una cátedra o trabajar sin sentido en un laboratorio, son el mismo pecado y el mismo error científicista" (114).

Además, la seducción de la tecnología, que provee al clínico herramientas de precisión, ahora mucho más potentes que lo eran en la época marañoniana, junto con la mentalidad consumista que, a corto plazo, aumenta la satisfacción del cliente, aunque a la larga le genere más confusión. El paciente está más contento cuantas más pruebas diagnósticas se le ofrezcan por el mismo precio, lo que contribuye a que se difumine el necesario rigor que hay que tener para determinar la indicación de la prueba complementaria. A ello hay que sumar el ingrediente del valor necesario para dedicar el tiempo suficiente a explicar al paciente el por qué no vemos oportuno solicitarlas, yendo pues, contracorriente, en una sociedad de consumo, acostumbrada a crear necesidades falsas e insatisfacciones verdaderas. Maraón comenta que "Las grandes sedes del chequeo... son verdaderos y solemnes hospitales donde se ingresa al presunto paciente...y se ejercitan sobre él equipos de especialistas, químicos, radiólogos y exploradores metabólicos que, al fin, redactan la lista de sus observaciones, ...con infinitos datos, pero sin conocimiento de la intimidad del paciente" (267).

Cierto es que, en esta inflación de chequeos existentes, tenemos mucha responsabilidad los médicos. En Occidente hemos medicalizado la vida, contribuyendo a no tolerar muchos de los malestares de la vida cotidiana, todo ello junto con el disgusto que nos genera la incertidumbre. Sin renunciar a un conocimiento clínico lo más profundo posible, los clínicos haríamos bien en tener presente que un tercio de los síntomas más frecuentes que nuestros pacientes nos refieren en consulta, terminan sin una explicación clara en lo que a etiología y fisiopatología se refiere (276). En el manejo de esto, sigue siendo clave la adecuada comunicación con el paciente aún hoy día, como lo seguirá siendo mañana.

Volviendo a su época, Maraón protestaba por esta moda venida de fuera, especialmente de Estados Unidos, y que iba ganando adeptos por momentos. No es difícil

imaginar que en la España de últimos de los 50, lo norteamericano causara sensación y que la fascinación por lo que venía de fuera hiciera apetecibles las supuestas modernidades chequeizantes. Él lo deja claro: “...quiero adelantar mi repulsa al chequeo...” a pesar de que reconoce que España va teniendo, si no sus catedrales, sí sus capillas del chequeo, y observa cómo en Europa se va extendiendo esta manía, salvo en países como Inglaterra (267).

Como hemos tenido ocasión de ver, para él, la historia clínica, amplia, minuciosamente detallada, valorando los antecedentes familiares y hereditarios del enfermo, los datos de los diversos tipos constitucionales y la metódica exploración de palpación, percusión y auscultación, eran mucho más importantes que todas las demás exploraciones analíticas complementarias. Los espectaculares avances de la medicina no le apartaron de su método clínico de exploración, condenando el absurdo sistema americano del “chequeo”. Marañón, después de valorar todos los antecedentes y síntomas de los enfermos, establecía un diagnóstico precoz.³²⁹ (215). Además de todo esto, para él, el chequeo en boga anula el estudio de la persona, a expensas de hipertrofiar el estudio de los síntomas aislados. Nos recuerda: “El conocimiento del enfermo no se obtiene por la suma de datos recogidos por el clínico y el analista. El conocimiento del enfermo depende, siempre, de un proceso inteligente y cordial, en el que el médico ha de ponerse en contacto profundo con el enfermo, hasta llegar al fondo de su personalidad, normal y patológica” (267). Una vez más, el Marañón que anima a tener en mente al paciente de modo integral. Las pruebas complementarias las ha de elegir el médico -cosa que él subraya- no el paciente. Marañón no se resiste a contar el caso que tiene entre manos mientras está escribiendo su opinión “anti-chequeo”. Nos refiere el ilustrativo caso de una mujer que, ansiosa por realizarse un “buen chequeo”, aprovechando que pasaba por Nueva York, estuvo ingresada catorce días, sometida a veintinueve analíticas, dieciséis radiografías, aportaba siete gráficas complejas y, lógicamente, múltiples exploraciones de todos los aparatos, para, finalmente, dejar claro que no tenía nada. Todo estaba bien. Con cierto tono de humor, don Gregorio nos cuenta que, precisamente en la travesía de vuelta a Europa, tuvo un cuadro de intensas abdominalgias fácilmente diagnosticadas por el médico de a bordo de “cólicos hepáticos”, sin más expediente que colocar las manos sobre el abdomen (267). Y es que, según él, con toda la retahíla de papeles de los múltiples chequeos que muchas veces aporta el paciente, lo que hay que hacer, las más de las veces, es “un auto de fe” : “ De todos estos aspectos ... destaca la anulación del estudio de la persona, a expensas de la hipertrofia

³²⁹ Jiménez Quesada M. *De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo*. Pág. 65

del estudio de los síntomas aislados, casi todos inútiles Yo aseguro que he curado a no pocos enfermos, sin más que amputarles sus documentos analíticos" (267).

Eso, cuando el paciente es quien lo paga. Ante la socialización de la medicina, Marañón atisba el peligro: "Claro es que la medicina socializada propende a disminuir la importancia de la medicina individualista y a echarse en brazos del chequeo en sus formas más elementales, Por eso he señalado esta práctica como peligrosa en nuestra visión de la medicina presente y futura" (267).

Sin embargo, haciendo gala de su proverbial optimismo, Marañón profetiza que volverá el sentido común:

"No hay que apurarse, sin embargo, La vocación médica, que es eterna, aunque hoy esté en crisis, salvará a la medicina de estas formas rígidas, aparentemente y solo aparentemente científicas, del progreso actual. La medicina de hoy, con su dureza, con la escasez de amor al individuo, con los análisis y las radiografías inútiles y no dóciles auxiliares del buen juicio, volverá a sus cauces, como vuelve todo lo que es fundamentalmente imperfecto y otra vez presidirá a la medicina el signo del amor, tanto más vivo cuanto más eficaces sean los progresos de la ciencia " (267).

Por desgracia, fue más certero en el aviso del peligro que la solución que pensaba que habría de venir. Sin duda, su mentalidad preclara, vio venir toda la avalancha en la que estamos inmersos de exceso de pruebas complementarias, que seguirán requiriendo por parte de todos los agentes, sanitarios a la cabeza, un uso juicioso de los recursos, no dejando que la petición de pruebas supla -que nunca lo hace- el encuentro interhumano.

2.9 Su aportación al diagnóstico.

Diagnosticar: el reto constante del clínico. Todos los datos aprendidos y aprehendidos, en diferentes foros, sobre todo en la trinchera clínica, se entrecruzan en nuestro cerebro, notando nosotros una cierta inquietud hasta que no creemos haber llegado, en segundos, al

reposo aparente que nos produce tener la etiqueta diagnóstica. Marañón se hace eco cuando expresa: “Pero la verdad es que al acercarnos a la cama de un paciente, lo que principalmente nos preocupa es poner sobre su cabecera una etiqueta, para que automáticamente aparezcan al día siguiente, sobre la mesilla de noche, los jarabes, las píldoras o los sueros correspondientes al diagnóstico” (263). En ocasiones, no es sencillo discernir entre lo normal y lo patológico: “La normalidad tiene muchos matices y muchas jerarquías ... los médicos no tenemos cada día problema más difícil ante nosotros , a pesar de la experiencia acumulada desde Hipócrates, que clasificar lo normal y lo anormal e irlo echando en los dos cestos que llevamos en la mente, rotulados con esas dos etiquetas” (150). Es consciente, también, de que las fronteras de la normalidad son móviles, según las épocas, lo que dificulta aún más las cosas y obliga al clínico a estar en constante contacto con la realidad de la vida: “Lo único complejo de la vida , bajo su calma superficie, es la normalidad; porque la normalidad, aunque no lo parezca, no tiene patrón y jamás es igual a sí misma” (150).

Ahora bien, en cada época se observa esta movilidad de fronteras a las que nos referimos. Alberto Barrera, en una sugerente novela, *La Enfermedad*, nos presenta la reflexión que hace uno de los protagonistas, el médico Andrés Miranda: “Susan Sontag afirmaba que existen dos reinos, dos ciudadanías: la salud y la enfermedad. A los seres humanos les toca pasar, con frecuencia, de una a otra. Andrés ha pensado, más de una vez, que en la mitad, en la frontera de esas dos geografías, están los médicos. Recibiendo pasaportes, haciendo preguntas, evaluando” (277). Lo que siempre es objeto de debate, en esa emisión de permisos para pasar de un reino a otro, para dar el veredicto final, es el conjunto de clasificaciones, los diagnósticos que, a veces cambian. No sólo, como sería de esperar, porque la ciencia aporta luz, sino como sorprendente consecuencia de las modas, convenientemente alimentadas, además, por intereses extramédicos. Ya decía Huxley que “la investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”. Sin llegar a eso, recientemente el psiquiatra Allen Frances denuncia la existencia de una inflación diagnóstica contra la que hay que estar alerta, al menos en el ámbito de la psiquiatría, mencionando a la neurastenia, la histeria y el trastorno de la personalidad múltiple, por ejemplo, como tres modas creadas en su día por Beard y Charcot, dos neurólogos carismáticos³³⁰ (278) para pasar, a continuación a criticar algunas de las que considera modas

³³⁰ Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Barcelona: Ariel; 2014. Pág. 165

actuales. Pues es sorprendente escuchar a Marañón haciendo la conveniente crítica, usando esta misma metáfora, en la que compara a algunos diagnósticos con trajes de moda que se va un poniendo: “Todos los médicos y claro es que yo no me considero extraño a esa culpa, hemos hecho diez diagnósticos de este orden pseudocientífico por cada cinco diagnósticos exactos” (279).

Nuestro autor pone el foco sobre el mismo Charcot y el contagio de histerismos a los que dio lugar: “En algunos casos ...la difusión de los fantásticos diagnósticos adquirió el carácter de verdaderos contagios colectivos, en los que incurrieron, con absoluta buena fe. Los mismo médicos, incluso algunos insignes como Charcot, hombre, en verdad, genial, pero creador inconsciente de un fantasma, el histerismo” (126).

Hay que contextualizar a nuestro autor. No era fácil definir con criterios científicos en su época, a pesar de los muchos avances que él ya tuvo ocasión de presenciar. Por eso, es consciente de las limitaciones: “Sea de alta o baja calidad, es evidente que el médico actual está dominado felizmente por el deseo de definir a sus enfermos y a las dolencias de estos con un criterio científico ; mas este deseo solo se consigue en un número relativamente corto de pacientes “ (168).

Sin duda, fue Laín quien abordó de manera más sistemática y completa la vida, obra y persona de Marañón como médico, como comentábamos en la introducción de nuestro estudio. Laín señala que nuestro autor: “Estaba entregado a la exploración directa del enfermo y que esto, junto a su sagacidad clínica, le otorgaron una extraordinaria maestría en el diagnóstico, siendo autor de un amplio haz de novedades”³³¹ (75) (...) “de manera que en Marañón no solo recordamos los modos de la exploración, la necesidad de estar con los cinco sentidos en guardia ante y junto al paciente para saber mirar e interpretar, sino que contribuyó a aumentar la paleta de colores con la que los demás clínicos podrían hacerse un cuadro más enriquecido de las posibilidades diagnósticas ante el paciente. Laín enumera, a continuación, dicho legado: el “signo de la nuca plantar” en las meningitis: presionando rápidamente la cabeza del enfermo, e impidiendo a la vez por una presión de la otra mano del explorador sobre las rodillas que estas se flexionen, se produce la extensión del dedo gordo y se extienden

³³¹ Laín Entralgo P. *Gregorio Marañón. Vida, obra y persona*. 1st ed. Madrid: Espasa Calpe, SA; 1969. Pág. 78

los demás dedos del pie, como en el signo de Babinski (269) , así como importantes estudios para su tiempo sobre el reumatismo, (...) y observaciones sobre las febrículas, aortitis y la clorosis³³².

2.10 En busca de la etiología.

Los años de exilio en París fueron especialmente importantes desde un punto de vista personal. Para Laín Entralgo: *"Marañón conquista en París dos tesoros, impagables cuando van juntos: la serenidad y la melancolía"* (75). El propio don Gregorio, poco antes de su fallecimiento, dirá, de su estancia en París:

"Los años que viví allí durante la guerra fueron, creo yo, los fundamentales de mi vida; porque trabajé mucho, libres de obligaciones sociales; porque viví a la fuerza modestísimamente, pero con el encanto de vivir en Francia; porque tuve tiempo, y antes no lo había tenido, de conocerme a mí mismo; y, finalmente, porque en relación con España tuve un dolor y, a la vez, una satisfacción de conciencia, de los que ahora no puedo hablar, pero que me han puesto en paz ya para siempre"^{333,334} (77,83).

Rof Carballo lo expresa en 1970, diciendo que "desde el destierro cobra mayor agudeza esa alianza profunda que hay entre las vías que llevan al hombre a encontrarse a sí mismo, entre esa necesidad de todo ser humano de descubrir su identidad; esto es, aquella continuidad que le singulariza como ser personal y único y los cauces profundos por los que discurre la historia de su país , la presente, la pasada y la futura".³³⁵ López Vega nos recuerda que, durante esos años, gracias a que la labor clínica quedó mermada, llevó a cabo una importante producción científica que le conduciría a la realización de una importantísima obra,

³³² Laín Entralgo, *op.cit.* pág. 78

³³³ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 320

³³⁴ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 32

³³⁵ Rof Carballo, J. *Marañón y España. Cuadernos Hispanoamericanos*, núm 246. Madrid, Junio pp. 526-39. Citado por: Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 30

su Manual de Diagnóstico Etiológico (1943), una de sus obras más importantes y originales, de la época postexílica ³³⁶ (77). Fue un proyecto que figuraba desde hacía años en la lista de las obras previstas por don Gregorio quien nos dice en el prólogo, con esa prosa deliciosa que le caracteriza³³⁷ (280) , que “la realidad enseña, un día cualquiera, a los hombres más entusiastas, que para después de mañana es lo mejor no hacer proyecto alguno”, y fue precisamente el traumatismo nacional de la guerra incivil , el que preparó las circunstancias para poner en negro sobre blanco los datos que configurarían el Manual. En sus palabras, “circunstancias de la vida imprevistas, pero llenas de sentido”³³⁸ (209). En medio del exilio, Marañón, el hombre que siempre lleva la esperanza por montera, se resitúa en París y escribe:

“Acaso lo que se frustra puede ser sustituido por mejores frutos ... lo inesperado es muchas veces como una nueva pubertad que rehace y rejuvenece la vida que corría por el angosto cauce de la costumbre. Ciertamente que casi nunca adviene la fase nueva e imprevista sin dolor, tal vez sin terrible dolor; pero es igualmente cierto y conocido que casi nada de lo que nace sin dolor es eficaz, ni a la larga, se tiene de pie”. ³³⁹

Ese fue el entorno en el que Marañón cristaliza sus anhelos de dar forma a esta obra. En ese momento, está convencido de la importancia para el clínico de no dejarse llevar por lo que Ballcels denominaría: “La moda de engañarse con síndromes, signos y especies morbosas designadas con epónimos y pagarse con el virtuosismo de reconocer formas clínicas y topográficas lesionales minuciosamente descritas, a costa de descuidar , en el diagnóstico y en el tratamiento, la decisiva precisión causal”³⁴⁰. En efecto, Marañón subraya:

³³⁶ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 327

³³⁷ De hecho, en una carta de 1939, Pérez de Ayala le dirige a don Gregorio, alabando el *Tiberio* y le dice “Eres monstruo de la Naturaleza, como Lope ... no concibo que se pueda escribir mejor. El estilo, en que sin merma de la dignidad clásica, escultórica casi, se insinúan continuamente destellos de ingenio y de gracia contagiosa, ajusta con el tema histórico biográfico de manera maravillosa e insuperable. Materia y forma están consustantivados, en un acto singular de colación. Es una delicia leerte” (Gómez Santos M. *Vida de Gregorio Marañón*. Madrid: Taurus; 1971 págs. 352-3)

³³⁸ Marañón, G. *Manual de Diagnóstico Etiológico...* prólogo, pág. 21

³³⁹ *Op.cit.*, pág. 17

³⁴⁰ Marañón, G. *Manual de Diagnóstico Etiológico...* prólogo, pág. 28

“Ha pasado la hora de los síndromes o enfermedades como fin del diagnóstico: porque síndromes o enfermedades son, no el fin de la exploración, sino sólo etapas de acceso a lo que constituye la estación de término de la clínica, que es la etiología... sólo cuando la etiología se nos escapa -y, por desgracia, esto ocurre con harta mayor frecuencia de lo que quisiéramos , sólo entonces nos contentamos con el rótulo clásico de la enfermedad o del síndrome, que lleva aparejado un tratamiento necesariamente sintomático y, por lo tanto, incompleto”^{341·342} (68,209).

Ya antes, Marañón nos recordaba que “La experiencia del médico general se orienta hoy, en todo el mundo, en el sentido de clasificar los hechos clínicos, no por su sintomatología, sino por su etiología ... lo importante es la etiología” (208). Con el Manual, Marañón pretende ser de ayuda al médico clínico, ya que , según él, “la experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que presentan precisamente, los síntomas que según el catedrático y el texto, no se debieran presentar. La esencia de lo patológico es la paradoja y lo imprevisto”. ³⁴³

En palabras de López, este Manual fue “la gran obra de Marañón en esos tiempos”, y a la que dedicó buena parte de sus esfuerzos. El propio don Gregorio confesaba a un rotativo peruano en 1939, “este es uno de los libros que más me había gustado siempre escribir. El trabajo agotador de Madrid no me dejaba hacerlo. Ahora lo he logrado. Dejaré en él la experiencia de tantos años y de tantos dolores humanos. Quisiera hacer un libro útil, no académico. Es empresa ardua”³⁴⁴ (80). El manual era la expresión de su defensa de una medicina integral. Ortega dijo que el prólogo era una de las mejores páginas de Marañón: “la evolución de la medicina revela y acentúa el hecho paradójico de que, a medida que la necesidad de la especialización se hace más notoria y eficaz, hácese así mismo más profunda la

³⁴¹ Herreros, B. *et al* *Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI...* pág. 56

³⁴² Marañón, G. *Manual de Diagnóstico Etiológico...* prólogo, pág. 17

³⁴³ *Op.cit.*, pág. 18

³⁴⁴ “Reportaje al Doctor Gregorio Marañón”. La Prensa, Perú, 1938. Citado en : López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 325

necesidad de que todo médico y todo especialista tengan una base de orientación sintética, general, que alcance a todas las ramas de nuestro arte, aún a las más alejadas, de la actividad habitual de cada uno.”³⁴⁵ (80). Hernando, coautor con don Gregorio ,en su día, del Manual de Medicina Interna, nos dirá que es un libro original, pensado en el enfermo y el médico práctico y que bien podría llevar como subtítulo “del síntoma a la enfermedad” , ya que en él se encuentra todo lo que pueda referir el enfermo y sea capaz de recoger el médico durante el interrogatorio. El libro tuvo éxito internacional: él mismo dice que se encontraba junto a Marañón en Roma cuando acababa de publicarse y que médicos y estudiantes lo arrebatában de las librerías (269). A día de hoy, sigue teniendo sumo interés, en algunos aspectos más por interés histórico y en otros, actualizado en las revisiones que, desde 1972, Alfonso Ballcells ha ido haciendo del mismo. Álvarez Sierra diría en los años 60 que “su libro “Diagnóstico etiológico” , el mejor libro de Medicina de los tiempos contemporáneos, sólo comparable con la Histología de Cajal, la Anatomía de Testut, o la Patología de Dieulafoy, es un texto de Patología General al que hoy tienen que recurrir para preparar sus cuestionarios todos los que estudian esta asignatura o hacen oposiciones a los diferentes cargos de médicos de hospital, beneficencia pública o instituciones análogas”³⁴⁶ (101).

Dicho esto, no podemos dejar de hacer alguna consideración sobre la búsqueda de la etiología en todos los casos, más bien como una empresa ideal y utópica que como una realidad con la que el clínico se tope fácilmente. Su radicalidad con respecto a que el diagnóstico sea siempre etiológico, es contestada por Ballcells cuando dice: “Si solo aplicáramos tratamiento causal, tendríamos que renunciar a más del 90% de las intervenciones médicas”, concediendo que al final, al menos, hay que basarse en la patogenia, que está también muy relacionado³⁴⁷ (81).

Según Laín recordaba en 1969, como clínico más especializado, fue en el área de la Endocrinología donde nuestro autor hizo también sus originales aportaciones: el “signo de Marañón” en el hipertiroidismo (enrojecimiento de la piel que cubre la glándula tiroides cuando se la estimula con los dedos); el “síndrome de Marañón” (cuadro clínico caracterizado

³⁴⁵ Citado en : López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 326

³⁴⁶ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 156

³⁴⁷ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* págs. 34 y ss

por la asociación de escoliosis, pie plano, alteraciones medulares e insuficiencia ovárica); la descripción de la “mano hipogenital” y del “síndrome ABD” (adiposidad- Basedow-distermia); su descubrimiento de la especial sensibilidad de los addisonianos a la insulina y del papel transmisor del tallo de la hipófisis; sus estudios acerca del bocio y del cretinismo, sobre los desórdenes y malformaciones del crecimiento (“cronopatías”) y sobre la función del tiroides en la defensa contra las infecciones y en la génesis de ciertas esterilidades femeninas; su temprano acierto sobre las dos principales funciones de la corteza suprarrenal ; su fecundo y sutil concepto de las “enfermedades beneficiosas” y tantos más³⁴⁸ (75). A finales de los 60, Laín decía que, por extraño que pareciera, aún faltaba un estudio en que de manera rigurosa y sistemática se expusiera la contribución original de Marañón al saber médico. Hacía, para ello, un llamado a la deuda contraída por sus discípulos, con todos los españoles. Pues bien, el propio Laín jugaría un papel fundamental cuando, siendo el primer presidente de la Fundación Gregorio Marañón, insistió repetidamente en que este proyecto se llevara a cabo, sin el cual, decía él como historiador, “no se podrá escribir la historia de la Medicina española del siglo XX”³⁴⁹ (77) cuajando finalmente en 2003, un año después de la muerte de Laín, con la aparición de la Revisión de la Obra Médica de Marañón, siendo presidente de la Fundación, Amando Schüller.

Laín cifra, en cuatro puntos básicos, aquellos en los que Marañón podría encontrar el sentido pleno a la clínica:

1. El arte del clínico debe ser una vía hacia un diagnóstico rápido y correcto, así como fuente de ciencia, tal y como antes comentábamos ^{350:351} (75,79).
2. El ejercicio clínico debe realizarse estando al día del saber médico.
3. El clínico sólo puede alcanzar la perfección siendo patólogo que contrasta multitud de datos.
4. El clínico se cualifica como tal en la medida en que es, sobre todo, terapeuta, sanador.

³⁴⁸ Laín Entralgo P. *Gregorio Marañón. Vida, obra y persona..* pág. 80

³⁴⁹ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 13

³⁵⁰ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 94

³⁵¹ Laín Entralgo P. *Gregorio Marañón. Vida, obra y persona..* pág. 81

Alberola recordará que “Marañón no era solo un buen médico, era un médico genial, de aquellos que no se limitan al diagnóstico y tratamiento correcto de sus enfermos -lo que ya es importante- sino que analiza con minucia sus síntomas, reúne hechos que parecen dispersos, estudia la influencia de unas enfermedades en otras, analiza el resultado de los tratamientos, observa los accidentes que estos producen por mínimos que sean y ello le lleva a nuevos consejos, nuevas hipótesis y, en algunos casos, a describir magistralmente signos, síndromes, y enfermedades que llevan su propio nombre” (226).

2.11 Marañón y la psiquiatría

La sensibilidad que Marañón muestra hacia la humanidad doliente, cristalizó en forma de médico práctico que sale al encuentro del ser humano enfermo. Esto tiene mucho en común con la labor que se desarrolla en el área de la salud mental. Siendo esta empatía suya de dimensión tan marcada, es interesante hacer algunas consideraciones sobre sus opiniones con respecto a la psiquiatría, ya que su obra está salpicada de referencias al respecto. No en vano, como comentábamos páginas atrás, se refiere a sí mismo en ocasiones como un psiquiatra frustrado.

Lo curioso es que, de entrada, Marañón parece jugar un papel ambivalente, ya que, por un lado, realizó aportaciones fundamentales en el área de la psicología, eso sí, de la mano de sus hallazgos endocrinológicos, y no deja de ser alguien inquieto en cuanto a la formación en esta área: “Nunca he dejado de leer cuanto he podido de las materias psiquiátricas”. Pero, por otro lado, resultó bastante reticente y crítico con la psiquiatría en general y con el psicoanálisis en particular.

Así, habla de los psiquiatras, como de médicos que ponen a los procesos “una de sus etiquetas de nombres pretenciosos y vanos” (281), dejando entrever sus dificultades para admitir como ciencia la psiquiatría de ciertas escuelas, aunque es plenamente consciente de que en la vida, la psicología es un ingrediente que lo llena todo: “La vida, que es más ancha que la Historia, es mucho más ancha que la psiquiatría, ciencia inexistente y, sobre todo de la psiquiatría de ciertas escuelas. “La vida es, desde luego, en gran parte, psicología, en su sentido más dilatado y casi empírico pero nunca patología de mentalistas a la última moda” (282). Tal

vez como reacción ante lo que podríamos llamar patologización de procesos que distan de ser enfermedades demostradas, protesta con contundencia: “Los torpes psiquiatras de nuestros días -señalo solo a los torpes, porque otros no lo son- los torpes psiquiatras, torpes por exceso de cientificismo; esto es, por falta de naturalidad, han convertido el brote de la adolescencia, cuya expresión más segura será siempre el poema, en una historia clínica. El error es grave” (283).

Especialmente crítico con el psicoanálisis (97), Marañón dirá que es, en realidad, el último reducto nada menos que del romanticismo: “...Freud es el último romántico...” (284,285), la tentación de individualismo para defenderse de la universalización del hombre³⁵² (80), y achacará el auge del psicoanálisis a la angustia de muchos seres humanos, necesitados de recogimiento y calor espiritual, mucho más que al esfuerzo e ingenio de los psicoanalistas, quienes han emergido como consecuencia de la desaparición del médico íntimo, amigo y cordial (105). Para Marañón, el camino del psicoanálisis es errado (lo equipara a lo erróneo de la homeopatía), y especialmente lo es por dos razones: su falta de espiritualidad y su indiscreción: “Al psicoanálisis le falta levantar los ojos hacia arriba , porque muchas veces, lo que está en el fondo de las conciencias sólo se ve cuando se refleja fuera de ellas, en lo alto, en la región de la fe... La segunda objeción es su radical indiscreción” (105).

Marañón decía que había que respetar la intimidad humana. Y en esta posición suya, de raíces muy profundas, se nutría su desconfianza frente al psicoanálisis” ³⁵³ (81). La bella metáfora acerca de la indiscreción, a juicio de Marañón, no puede ser más contundente: “Entrar a zancadas y con los zapatos sucios en la última morada de la conciencia de los hombres y remover el poso de los residuos que un divino cedazo arroja a los suburbios de la conciencia, con razón y para que esté allí quieto, me parece sencillamente pecaminoso y bárbaro” (179). Contrapone a ello su modelo de médico discreto:

“El médico cordial, clásico, era y es, porque todavía existe, fundamentalmente discreto; y gracias a su discreción era, sin saberlo, un insuperable psicoanalista. Era el verdadero médico de la intimidad, porque la intimidad se basa, aunque no lo parezca, precisamente en una infinita discreción. Sólo haciéndonos los distraídos de lo que nos rodea

³⁵² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 385

³⁵³ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 114

podemos intimar con lo que nos rodea ... Intimidad verdadera, radicalmente discreta, sin trasponer nunca la puerta del santo y necesario olvido: he aquí la forma maravillosa de una terapéutica eterna, anterior y superior al psicoanálisis, que está en trance de morir” (105).

El supuesto exceso de etiquetaje diagnóstico, puede aumentar la sensación de enfermedad y obsesionarse cuando no corresponde: “Hoy apenas hay neurasténico medianamente culto que no se busque a sí mismo los “complejos” y se haga el propio “psicoanálisis”, creándose en ocasiones verdaderos estados obsesivos...” (186). En un contexto en el que está denunciando el furor terapéutico, a propósito del caso de un paciente al que había puesto nada menos que doce inyecciones diferentes en veinticuatro horas, comenta: “Este invierno he visto a un paciente que, habiendo sido diagnosticado de “neurosis vegetativa”, diagnóstico que equivale a una patente de sanidad...” (126).

Marañón es consciente de que se pretende algo más en la psicoterapia dinámica, concediendo que "el psicoanalista no estudia a su paciente para ponerle la etiqueta de una enfermedad...sino para reconstruir desde su prehistoria, la historia intransferible de aquel hombre o de aquella mujer, y sólo la suya" (179). De modo que, en ocasiones, nos lo encontramos dando por válidos algunos argumentos del psicoanálisis, cuando habla de las motivaciones inconscientes de las pacientes anoréxicas (286), o cuando él mismo etiqueta de “neurosis” algunos de sus propios diagnósticos: “El 80% de los casos de neurosis sexual por timidez que he tenido ocasión de observar en mi vida, tenían por origen esta información deficiente de la vida sexual...” (287). Marañón reconoce un papel profundo en la concepción de la vida sexual, y parece subrayar en alguna ocasión que, antes de Freud, otros habían apuntado en dirección convergente: “No temáis que cite y comente a Freud, aunque yo soy de los que creen en la profunda realidad de su concepción de la vida sexual. Concepción que, antes que en él, aparece en Moebius, en Metchnikoff, en Weininger; pero que él ha divulgado, exagerando convenientemente estas ideas ...” (288).

Marañón aboga por recuperar el papel del médico general en el abordaje de la preocupación por los problemas de índole sexual:

“... ningún médico, en efecto, puede sustraerse a la preocupación del problema sexual, problema terrible que ninguna pedagogía ni religión han alcanzado a resolver en la práctica. Y somos precisamente los médicos generales, los no especializados en las patologías que más directamente reciben el contragolpe sexual, los que con mayor información podemos darnos cuenta de la gravedad y la extensión del morbo, por lo mismo que no vemos casos salientes y clasificados, casos de especialista, sino una humanidad doliente más varia y más humilde desde el punto de vista patológico. Gentes que sufren de lo que sea, sin preocupaciones neuróticas y sin sospechar la existencia de Freud” (289).

Aunque no es el objeto de nuestro estudio aquí el desbrozar el abordaje psicológico de sus ensayos de corte histórico, es curioso notar que, en su monografía *El Conde Duque de Olivares. La pasión de mandar, hace un historial psicoanalítico*. Así lo ve López Vega: “Es dudoso que dicho enfoque obtuviese en la actualidad un amplio consenso, pero su libro sigue siendo un examen fascinante y en ocasiones sugestivo de un personaje complejo ...sin embargo, el Olivares de Marañón es, ante todo, un historial psicoanalítico que sólo casualmente tiene el siglo XVII como fondo y muestra poco conocimiento de las realidades políticas y sociales de la época”³⁵⁴ (80).

Algunas de estas desconfianzas y críticas de Marañón ante el psicoanálisis, bien podrían explicarse por la concepción “pan-hormonal” de don Gregorio, quien pensaba, al contrario que el citado neuropsiquiatra, que la sexualidad tenía una base fisiológica, la cual radicaba en las secreciones internas. Con esta premisa, nos podremos explicar que una buena parte de sus artículos versen sobre el sexo y los estados intersexuales ³⁵⁵ (79). De hecho, el núcleo central del pensamiento biomédico de Marañón radica sin duda en la interpretación neurohormonal de la unidad profunda del ser humano. La química hormonal, hacia la raíz, conduciría a la herencia, y hacia delante, a la constitución somática y la personalidad: “Con las hormonas y sus interrelaciones se ha explicado todo -escribió en una ocasión- hasta lo inexplicable; y los dedos

³⁵⁴ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 244

³⁵⁵ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 99

hábiles de los tratadistas han modelado con los vagos y sugestivos conceptos de las corrientes harmónicas, desde las energías vegetativas hasta las más sutiles tramas del pensamiento y de su poder creador". ³⁵⁶

De hecho, nuestro autor señala:

“Resulta extraño considerar que la Medicina contemporánea haya prescindido por completo del factor temperamental y humoral que era, en parte, la base del arte de los clínicos antiguos. “No hay enfermedades, sino enfermos”, decían sin cesar los médicos del siglo pasado. Pero todo se quedaba en esa frase que resultaba más una excusa que una explicación. Para nada se ocupaban de sistematizar en un esquema científico ese factor individual -la constitución- ” (290).

La conexión entre cuerpo y espíritu es atribuida por Marañón a la endocrinología ³⁵⁷(79) y tal vez es por eso que se resiste a dar la bienvenida a la Medicina Psicosomática como tal ciencia moderna, en nuestro entorno, traída de la mano de Rof Carballo. No obstante, reconocía en 1925 cómo, a medida que ciertas enfermedades eran más fácilmente vencidas, aumentaba el número de enfermedades psicosomáticas³⁵⁸ (83). Sin embargo, he ahí su reticencia: “Hay una ciencia antigua, pero ahora remozada, la Psicosomática, que es una ciencia casi exacta, llena por lo menos de los balbuceos de exactitud a que pueden aspirar las ciencias naturales y cuya esencia está en haber hecho saltar, como un petardo, las arbitrarias barreras que según dicen separan lo subjetivo de lo objetivo” (291) . No niega lo que él denomina “el influjo del espíritu” en el devenir de las enfermedades: “Se habla ahora de una medicina psicosomática, acaso indebidamente, por lo que este concepto tiene la pretensión de sistematizar y dar estructura dogmática a una verdad que es innegable y fundamental, pero que no puede erigirse en doctrina universitaria, siendo, como es, una verdad natural, libre y variable , dispersa y arbitraria como la vida misma. Nada hay tan cierto en medicina como que el influjo del espíritu puede ser la causa o la colaboración eficaz de todas las enfermedades y de todas las curaciones ” (292).

³⁵⁶ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 134

³⁵⁷ *Op.cit.* pág. 103

³⁵⁸ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 81

De hecho, Marañón aborda las relaciones entre estrés y emoción y su decisiva influencia en la gestación de determinadas enfermedades psicosomáticas,³⁵⁹ e interpreta el Síndrome General de Adaptación de Selye en clave endocrinológica : “ Es el sentido defensivo de las glándulas de secreción interna ... que pueden terminar en enfermedades de adaptación y agotamiento”.³⁶⁰

Siendo tangencial a la relación médico paciente y, tras la consideración crítica de Marañón ante algunas escuelas psiquiátricas contemporáneas emergentes, nos parece imprescindible acercarnos a explorar porqué, finalmente, Marañón se convirtió en uno de los hombres más citados en los libros de psicología del mundo entero³⁶¹ (79) . Pensamos que de ahí, siquiera tangencialmente, vamos a entresacar algunos ingredientes clave que el médico ha de tener en cuenta en su relación clínica.

2.12 LA APORTACIÓN DE MARAÑÓN A LA TEORÍA DE LA EMOCIÓN.

“El hombre, el dueño del planeta,
de nada es menos dueño que de su vida afectiva.”³⁶² (83)

Llegados a este punto, procede acercarnos a la labor de Alejandra Ferrándiz, quien ha sido de las primeras en poner el foco de manera extensa sobre la relación de Marañón con la psicología y con su aportación a la misma, de la mano de sus hallazgos en el campo de la endocrinología, cristalizando todo ello en su tesis doctoral. En el momento en el que Marañón hace sus aportaciones al respecto, se aceptaba como válida la teoría periférica de la emoción, según la cual y simplificando, en buena medida nos sentimos tristes porque lloramos o tenemos miedo porque temblamos.³⁶³ ¿Lloro porque estoy triste, o me pongo triste cuando empiezo a llorar?. Lo fundamental, en definitiva, es que en W.James (1884, 1890) ya se encuentra la teoría del *feedback* propioceptivo, porque el sentimiento de la emoción (*feeling*) que James

³⁵⁹ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 278

³⁶⁰ *Op.cit.* págs. 203-207

³⁶¹ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 32

³⁶² Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 99

³⁶³ *Op.cit.* ... pág. 78

considera una sensación, es producido por el feedback de los órganos afectados por la percepción del estímulo emocional³⁶⁴ (293). La clave, pues, está en los cambios fisiológicos periféricos, que son esenciales.³⁶⁵ Mientras para James y Lange, una determinada situación suscita una conducta involuntaria y la percepción de dicha conducta es la experiencia emocional, para Arnold, en cambio, es la evaluación de lo percibido como bueno o como malo lo que suscita en éste la emoción, la experiencia afectiva de apetencia o aversión hacia lo percibido y, con ello, la motivación del individuo para actuar a favor o en contra: se trata del componente motivacional que forma parte de toda emoción y que impulsa a responder congruentemente a la relación de bien o mal que ha sido evaluada por el sujeto a través de un proceso cognitivo (percepción). La teoría de Arnold puede interpretarse en parte como una teoría cognitiva y en parte como una teoría emocional de la motivación, y el esfuerzo de este autor radica en el intento de síntesis de las diversas perspectivas³⁶⁶ (83).

Sin embargo, Pinillos nos recuerda que “la interacción de todo el sistema endocrino con el sistema nervioso es más profunda de lo que dan a entender muchos manuales de psicofisiología y, entre nosotros, Marañón supo poner de manifiesto la importancia de esta acción recíproca”(294), diferenciando la expresión de la emoción de la experiencia de la emoción.³⁶⁷ Ferrándiz comenta en 1982, el año de su tesis “Las deferentes teorías centrales sobre la emoción ... reflejan los diferentes hallazgos en este campo: tálamo (Cannon-Bard), sistema límbico (Papez, McLean), sistema de activación reticular (Lidsley), etc. Las teorías neurofisiológicas recientes de la emoción han intentado integrar los aspectos neurológicos y cognitivos de la misma (Magda Arnold) ...sin embargo, ha apuntado Van Toller durante los últimos años, se ha observado también un resurgir del interés por la teoría periférica de la emoción (Goldstein, Fher y Stern), tal vez debido al fracaso en encontrar teorías adecuadas de la emoción basadas exclusivamente en el sistema nervioso central. Y es precisamente en este contexto donde adquieren relevancia los modelos teóricos que han intentado integrar, desde una perspectiva psicológica, los componentes cognitivos -centrales- y los componentes

³⁶⁴ Citado por Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 78

³⁶⁵ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 82

³⁶⁶ *Op.cit.* pág. 256

³⁶⁷ *Op.cit.* pág. 86

somáticos -periféricos- de la emoción. Y como iniciador de algunos de estos modelos, es donde adquiere toda la relevancia histórica la figura de Marañón.³⁶⁸

El proceso de la emoción se podría esquematizar, según Marañón , en:

- 1) Elemento psíquico (sensación, idea, recuerdo) inicial
- 2) Producción de la emoción periférica o vegetativa
- 3) Conciencia de esta emoción periférica en el cerebro
- 4) Emoción auténtica al superponerse esta conciencia de lo vegetativo con el elemento psíquico primitivo ³⁶⁹

Fue básico para esto el estudio que Marañón realizó con 210 pacientes a los que se inyectó adrenalina, registrando los autoinformes, según los cuales, el 71% de los pacientes solo experimentó efectos fisiológicos de manera rudimentaria, (el mero efecto de la inyección) y el 29% restante experimentó efectos propios fisiológicos (temblor, nerviosismo inespecífico, etc.) Únicamente pudo lograr Marañón la inducción de estados emocionales genuinos aportando ideas de contenido emocional apropiado (p.ej., evocando la muerte de familiares) y es en este estado cuando la “emoción psíquica” toma predominio sobre la “emoción vegetativa” ³⁷⁰ (83). Quedaba claro, pues, que el sujeto, a pesar de estar activado neurovegetativamente por el efecto de la adrenalina, necesita más, concretamente elementos cognitivos que le ayuden a explicar o interpretar el estado de activación fisiológica que percibe en sí mismo. ³⁷¹ Los planteamientos sobre los que se basa la psicoterapia cognitiva tendrían una deuda más que considerable con la aportación de Marañón. Ferrándiz señala:

“La gran influencia de su obra en las posiciones teóricas de Schachter o en el modelo de conducta emocional de Madler” ³⁷², ya que en los años 80, en los que Ferrándiz sitúa sus postulados, Schachter es una figura fundamental en el enfoque cognitivo , puesto que ha planteado una muy interesante concepción de la emoción donde se tienen en cuenta a la par

³⁶⁸ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* págs. 250-1

³⁶⁹ *Op.cit.* pág. 131

³⁷⁰ *Op. cit.* pág. 262

³⁷¹ *Op.cit.* pág. 267

³⁷² *Op.cit.* pág. 279

los factores fisiológicos y los cognitivos (Shachter, S. , 1964). Lo relevante para nosotros es que el punto de partida de Schachter fue precisamente Marañón”.³⁷³

Sus estudios, que por su índole parecerían actuales, datan, sin embargo, de 1919, constituyendo uno de los puntos principales sobre los que se apoya el conocimiento moderno de la dinámica cerebral en la emoción³⁷⁴ (77), desplazando el centro de interés en la génesis emocional desde la periferia al centro, desde el cuerpo y sus vísceras al cerebro. Y así, con énfasis, proclama: *“lo primero es lo psíquico”*³⁷⁵ (77).

2.13 MARAÑÓN: PIONERO DE LA PSICOENDOCRINOLOGÍA.

En la construcción de la relación con el paciente, el médico tiene que tener en cuenta muchas variables, especialmente atento al propio paciente, ya que, como dijera Rof Carballo:

“solo en el cuidado del prójimo se abren en nosotros ventanas perceptivas para realidades que, de otra suerte, permanecen herméticamente oclusas ... encuentro terapéutico prolongado y mutuamente desvelador ... el hombre se encuentra , por tanto, a sí mismo, de manera plena. Según la experiencia médica, en el encuentro terapéutico, en una mutua iluminación que brota, trabajosamente, de un prolongado contacto de estas dos realidades, la del médico y la del enfermo...”³⁷⁶ (295).

Todo este mundo de posibilidades, incluye el tener en cuenta cómo puede llegar a ser el ser humano que tenemos delante, bajar al sótano de las interpretaciones que yacen tras lo que el paciente pone en primer plano en la consulta, y por eso nos parece que hay que seguir teniendo en cuenta lo que Marañón apuntaba, desde su percepción endocrinológica, sobre el papel de las hormonas en la configuración y expresión de la personalidad, siquiera sucintamente, aunque este no sea el objetivo principal de nuestro trabajo.

³⁷³ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 261

³⁷⁴ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* págs. 366-367

³⁷⁵ *Op.cit.* pág. 349

³⁷⁶ Rof Carballo J. *El hombre como encuentro.* Madrid: Alfaguara; 1973. Pág. 13

Marañón, dando la primacía que daba a la neuroendocrinología, dirá que

“todo el organismo enferma pues, aun cuando conserven su iniciativa y preponderancia determinados órganos o funciones. Por eso el médico, durante siglos, ha diagnosticado las enfermedades de los ojos, del corazón o de los riñones, pero no el inmenso número de enfermedades de la totalidad ... las secreciones internas, las hormonas, no son todo en la química del organismo, claro es; pero sí es cierto que apenas hay actividad de nuestra química íntima que no esté relacionada, a veces intensamente, con una acción hormonal, por eso y por su estrecha relación con el otro gran asiento de la totalización orgánica, es decir, con el sistema nervioso, puede decirse que esta orientación de la medicina de la totalización ha nacido de ambos sectores, es decir, de la Endocrinología y de la Neurología, principalmente, en su órgano de íntimo enlace: el diencéfalo” ³⁷⁷ (83)

Es Ferrándiz, de nuevo, quien nos ayuda a sintetizar lo que Marañón piensa al respecto, señalando que, en lo referente a la personalidad, las hormonas están implicadas en los componentes de la personalidad, según nuestro autor, que serían cuatro: morfología corporal, actividad vegetativa, actividad psíquica superior y temperamento. Don Gregorio se detendría especialmente en señalar la relación entre las hormonas y los hábitos temperamentales, siendo la glándula tiroides la que más influye en el temperamento y en la personalidad³⁷⁸ (83). En su estudio, la autora saca como conclusiones generales:

1. Marañón destaca el funcionamiento endocrino como principal determinante de la personalidad
2. Utiliza como prácticamente análogos los términos de “personalidad” y “temperamento”

³⁷⁷ Citado por Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 300

³⁷⁸ *Op.cit.* pág. 617

3. Afirma implícitamente la preeminencia de los componentes emocionales entre los componentes de la personalidad.³⁷⁹

Marañón utiliza como prácticamente análogos los términos “personalidad” y “temperamento”³⁸⁰, lo que hace que se caiga en la reducción del todo a uno de sus componentes³⁸¹. Ferrándiz nos recuerda cómo basta un rápido repaso a algunos autores de la época de Marañón para advertir que, conceptualmente, se distinguen con precisión los conceptos de personalidad, temperamento y carácter, aproximadamente en los términos que Allport explicaba:

“El término temperamento designa los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, fenómenos entre los cuales se cuenta su susceptibilidad a la estimulación emocional, su intensidad y velocidad de respuesta habituales, la cualidad de su estado de ánimo predominante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad de su estado de ánimo; todos estos fenómenos son considerados dependientes de su estructura constitucional y, por lo tanto, como origen principalmente hereditario (1937, p.71) El carácter es la personalidad valorada y la personalidad es el carácter privado de toda valoración (1937, p.69)³⁸² (83)

En cualquier caso, hay que tener en cuenta, cuando abordamos el mundo relacional entre médico y paciente de la mano de Marañón, cuál era esta concepción que él tenía, siendo pionero en el ámbito de la psicoendocrinología, donde se trata de establecer las relaciones entre hormonas y conducta. Esto fue motivo de reflexión para Marañón a propósito del estudio de las hormonas sexuales en la diferenciación y comportamiento de los seres humanos, acercándose al tema desde una perspectiva biologicista. A día de hoy, la mayoría de los investigadores son de tendencia psicosocial, ya que las investigaciones en diferentes disciplinas

³⁷⁹ *Ibid.*

³⁸⁰ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 603

³⁸¹ *Op.cit.* pág. 605

³⁸² Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 621

sugieren que el desarrollo de las diferencias sexuales está determinado por complejas interacciones entre factores genéticos, hormonales y ambientales. Eso no quita que Marañón haya sido un pionero en la psicoendocrinología, campo en el que todavía hay interesantes posibilidades por descubrir.³⁸³ Al fin y al cabo, en el impulso sexual, los andrógenos juegan un papel más significativo que otras hormonas, tanto en el varón como en la mujer.³⁸⁴

Esta postura marañoniana, no obstante, no se libró de críticas en su propia época. Posiblemente, el nacimiento y auge de la Endocrinología generó una serie de expectativas excesivas, que Allport denominaría “exuberantes” Fue precisamente Allport quien señaló al estudio de W. Freeman como antídoto ante las mismas. Este estudio estaba basado en el resultado de 1400 autopsias. Mediante el método de comparar el tamaño de diversas glándulas endocrinas (suponiendo que un tamaño anormal indica alguna variación en la función) con el registro de la personalidad de los pacientes. Freeman llega a la siguiente conclusión: “El que un individuo sea un paranoide orgulloso, sensible y suspicaz o un esquizoide tímido, soñador y encerrado en sí mismo, un ciclotímico barrullero, jovial o un epileptico pedante, egocéntrico e irritable, es algo con lo cual las glándulas endocrinas parecería tener muy poco que ver”. (Freeman). Por otra parte y por poner otro ejemplo, en un trabajo ya clásico de D.J.Ingle (Ingle) se recoge una revisión exhaustiva de los hallazgos más relevantes en relación a Endocrinología y Personalidad; este autor, como conclusión, señala que normalmente el funcionamiento endocrino se encarga del mantenimiento de la homeostasis, careciendo del poder de producir por sí mismo diferencias significativas en la personalidad.³⁸⁵ (83)

Ferrándiz concluye en su estudio, como síntesis, con el recuento de citas que ofrece el SCI (Science Citation Index) y el SSCI (Social Science Citation Index) que se puede decir que el impacto de Marañón se produce fundamentalmente dentro del campo de la Medicina y la Psicología (SCI) y de la Psicología (SSCI). Dentro de la Psicología el mayor impacto se debe a sus escritos sobre la emoción, siguiéndole a continuación la temática referente a la “sexualidad” y

³⁸³ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 358

³⁸⁴ *Op.cit.* pág. 370

³⁸⁵ *Op.cit.* pág. 606

“las edades críticas”. o también algunos de sus estudios biográficos, en concreto el realizado sobre Amiel.³⁸⁶

2.14 LA TIPOLOGÍA MARAÑONIANA.

Una breve consideración, para aproximarnos a la tipología que Marañón propone, ya que tiene mucho que ver con el toque de atención que Marañón da, con el fin de que el médico tenga los ojos bien abiertos, recordando a sus discípulos y alumnos que el enfermo endocrinológico entra por los ojos. Los antecedentes de la obra de nuestro autor se encuentran fundamentalmente en la escuela italiana (Viola y Pende) y en la escuela alemana (Kretschmer) Adaptó la de este último, con alguna variante.³⁸⁷ Marañón critica en general los métodos y teorías clasificatorios, como acertadamente apunta Ferrándiz: “...Según su opinión, las técnicas, la nomenclatura, las doctrinas son tan dispares y confusas que no permiten más que síntesis muy vagas cuando se plantean problemas al lado del enfermo ... ante tal panorama.” Por eso, Marañón adopta un criterio empírico por parecerle el más válido: “yo puedo decir que a cada uno de nuestros enfermos se les hace una ficha biotipológica, con las medidas y los datos morfológicos más característicos; pero, al fin, nuestro juicio morfológico se basa siempre en la observación empírica del individuo. Es decir, basta el golpe de vista para darnos una idea del tipo de morfología a que pertenece el paciente; y casi nunca las medidas ulteriores lo tienen que rectificar. Del mismo modo se expresan otros autores preocupados por esta cuestión (Bauer, Kretschmer, Berardinelli)³⁸⁸

Tan sólo a título informativo, ya que no es el objeto de nuestro estudio, la clasificación tipológica de Marañón quedaría:

Constituciones normales

Hipoplásico (pequeñez general)

Asténico (predomina verticalidad)

³⁸⁶ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 623

³⁸⁷ *Op.cit.* pág. 615

³⁸⁸ *Op.cit.* pág. 576

Pícnico (predomina horizontalidad)

Anormales o displásicas

Gigantoide

Eunocoide

Nánica

Hipergenital ³⁸⁹ (83)

Es Ferrándiz quien comenta que:

“Una de las críticas más severas que suele hacerse a estas tipologías es que los tipos de personalidad, definidos sobre la base de la actividad endocrina, no representan constructos unitarios, que se trata de descripciones tipológicas que, aunque se fundamentan en observaciones biológicas y clínicas, estas son asistemáticas, las generalizaciones tienden a ser intuitivas y los tipos incluyen cierto número de rasgos biológicos y psicológicos que se repiten en algunos de dichos tipos. Pero, según nuestro juicio, una de las mayores aportaciones de estos modelos psicoendocrinos de la personalidad (entre los que se incluye el de Marañón) considerados como “clásicos” consiste en que, al tratar de fundamentar biológicamente la personalidad humana, han reflejado la necesidad de recurrir invariablemente a la comprensión de los mecanismos neuroendocrinos implicados. Con ello han contribuido enormemente al desarrollo actual de la psicoendocrinología, que en este momento cuenta con un gran bagaje experimental, a partir del cual nos es admisible sospechar que la interacción entre hormonas y personalidad es bastante más compleja de lo que hace años podrían haberse hipotetizado”³⁹⁰ (83)

³⁸⁹ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 579

³⁹⁰ *Op.cit.* pág. 610

2.15 EL TRATAMIENTO

La terapéutica como objetivo final. El objetivo del encuentro clínico, no es otro que intentar la consecución de la curación, del alivio; en definitiva, un objetivo terapéutico. Es lo que en términos de entrevista clínica podríamos denominar “fase resolutive”. Marañón dejó dichas muchas de las cosas al respecto de ese momento, realizando propuestas y dando consejos que a día de hoy siguen plenamente vigentes. Sin duda, muchas de ellas no eran originales, ya que han formado parte del buen quehacer médico durante decenios, siglos, en algún caso. No obstante, siendo como es nuestro objetivo, centrarnos en lo que nuestro autor ha consignado y practicaba, lo primero que nos recuerda es que, precisamente, el norte de nuestra navegación no es otro que la terapéutica, lo que nos va servir de mucha ayuda, especialmente al paciente, pero también a nosotros, para no perdernos en las montañas de información de las que disponemos hoy y que ya eran grandes en la época marañoniana: “El médico actual ha de someterse cada día a un vigoroso ejercicio de información, como el deportista a su entrenamiento físico y el virtuoso al de su técnica instrumental; pero esa información, que es como un laberinto que comprende todos los ramos biológicos, aboca a una única salida, la terapéutica; y si no es así, se ha perdido el tiempo” (169).

Esto va en línea con lo que se ha pretendido desde los mismos inicios de la profesión médica. Pero también sabemos que, desde siempre, nos topamos con la impotencia ante muchos procesos que no podemos curar con los conocimientos actuales. Comprobamos que el listado de enfermedades sin tratamiento curativo es dinámico, ya que va cambiando, y mientras encontramos el remedio a una enfermedad que hasta entonces no lo tenía, surge otra que nos desafía. La historia sigue repitiendo este ciclo una y otra vez, y así seguirá: “Mientras los médicos borramos de los libros de Patología esta o la otra enfermedad, nacen enfermedades nuevas que mantienen, por uno u otro mecanismo, intacto el volumen del sacrificio que la muerte exige de la humanidad cada día”³⁹¹ (127).

Pero eso no es óbice para que el profesional siga contribuyendo en su lucha contra ella, y, sobre todo, que no tire la toalla del cuidado del paciente, siendo uno de los objetivos

³⁹¹ Conferencia *Los deberes olvidados*, pronunciada en el Centro Cultural del Ejército y la Armada, de Madrid, en junio de 1933, y publicada, con nuevas anotaciones, en el libro *Raíz y Decoro de España*, Espasa Calpe, Madrid, 1ª ed. 1933. OC III, 241-264. Pág. 246.

principales en los que hoy en día sigue siendo necesario insistir. Ya lo dijo Peabody: “el secreto de cuidar al paciente está en ... cuidar del paciente” (296). Marañón lo consigna, ampliando para el médico las fronteras de la curación en nuestros objetivos:

“Piensan muchos que el médico clásico desaparecerá. Pero yo os digo que no desaparecerá. Porque la medicina no es curar las enfermedades, que como antes decía, aunque se curen todas, al fin todas acaban matando al enfermo. La medicina es algo más; es el cuidado del hombre que sufre; y sus sufrimientos muchas veces sólo tienen una relación indirecta con la enfermedad y pueden subsistir cuando la enfermedad esté curada” (105).

De hecho, el haber conseguido al final del día haber aliviado, consolado, a quien lo necesite, sería, para Marañón, haber conseguido el aprobado ante ese examen diario al que tantas veces nos sometemos:

“Cada uno de nosotros, lo mismo los que actuamos en las Universidades, que los que trabajan en los arrabales de las ciudades o en los campos, todos, sabemos , cada noche, al hacer ese examen de conciencia, que cada médico debe realizar día por día, que acaso, el mayor bien de la jornada no ha sido extinguir una o más enfermedades, sino confortar a los que no pueden curarse o hacer ver que no son enfermos a muchos que viven en la falsa angustia de que lo son” (297).

Pero las expectativas de todos ante los nuevos avances, crean escenarios de mayor exigencia por parte de todos. Marañón, de hecho, ve en el avance tecnológico un arma de doble filo, que puede poner más fácil una cierta metamorfosis del cuidador. Él señala que, por un lado, hay que utilizar todos los recursos que se puedan por el bien del enfermo, y por otro, que cuanto mayor es el progreso material, mayor puede ser la frustración cuando se encuentra que no hay tratamiento para ciertas enfermedades, o que estas inician su periodo terminal. Precisamente, refiriéndose nuestro autor al ámbito de la oncología, contempla la posibilidad, de que el médico tenga difícil el compaginar dulzura y eficacia:

"El viejo concepto del médico que se proponía curar, aliviar si no lograba la curación y si ni aún aliviar alcanzaba, consolar, está hoy casi desvanecido ... Mientras dure esta luna de miel del hombre con el progreso material ... el doctor de nuestros días emprende con entusiasmo los problemas médicos susceptibles de curación , acepta como un deber profesional los que sólo pueden aliviarse y abandona al consuelo de los que no tiene alivio al familiar, al amigo, al enfermero. Es evidente que el médico de hoy, a medida que gana en eficacia pierde en dulzura. (230)

Esto no debe impedir que el médico trabaje todo lo que pueda y colabore en la investigación, para que se puedan encontrar nuevos recursos terapéuticos. De hecho, él mismo trajo en su momento el Salvarsan a España, tras su labor con Ehrlich, demostrando desde sus inicios su compromiso en estar a la cabeza con todas las novedades posibles. Si finalmente este fármaco no fue útil, no pudo ni quiso disimular su alegría cuando se descubrió la penicilina:

"El hallazgo del nuevo recurso terapéutico compensa y alivia al médico que ha asistido a los sucesos de los últimos años, con el corazón transido de congoja, de todas esas congojas entrañables que tal vez resbalan por la piel de otros hombres, a los que sus ideales o su oficio hacen considerar la desolación y la muerte como sucesos inevitables o útiles para el progreso del mundo, pero que al médico, empeñado por deber y por vocación en la lucha, palmo a palmo, contra la muerte, nos parecen inadmisibles y atroces." (196)

Y aunque, en este caso, Fleming fue el protagonista, en la labor de investigación hay, siempre, un equipo detrás, como comprobamos en su caso, rodeado como estaba de múltiples colaboradores:

"Lo que pasa es que lo que se ha ganado en ciencia se ha perdido en personalidad humana. El hallazgo, el descubrimiento, no brota ahora de una mente iluminada, sino de un equipo bien organizado. El saber se

derrama como una marea, no solo entre los que se dedican a investigar, sino entre los simples profesionales y también entre los propios enfermos que aprovechan la ciencia y sus aplicaciones prácticas “ (155)

2.15.1 El dolor pedagógico

“Cuanto más gasta una sociedad en cuidados de salud más proclives son sus ciudadanos a considerarse enfermos”. ³⁹²

Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, 1998

"No hemos venido a la vida a cantar ni a crearnos un expediente para que nos canonicen cuando estemos muertos, sino para mirarnos la cara en las lágrimas, terminen estas en el mar, en el río o en las nubes"³⁹³ (85)

El dolor nos iguala a todos. Si ellos se dejan, incluso a los más soberbios les puede enseñar modestia, tal como Robert Burton señalara en su *Anatomía de la melancolía*, en 1621 (277), independientemente de la clase social. El médico, en este sentido, se asoma con harta frecuencia a este escenario igualatorio, donde se encuentra más fácilmente con el hombre tal cual, desvestido de espumas a causa del dolor:

“Pasa el médico el mayor número de horas del día en contacto íntimo con el hombre y con el hombre en esa situación que crea el dolor, el cual rompe las convenciones y los artificios que en la vida normal deforman nuestra personalidad. Sólo el hombre que sufre, se nos aparece a los demás en su molde original. Cualquiera de nosotros ... podríamos contar casos y casos de hombres o mujeres en los que, su personalidad oficial, la que contarán mañana sus biógrafos, un buen día, ante el dolor del cuerpo o del alma, nos parece que se desnudan de muchas cosas y surge en ellos otra personalidad, sorprendentemente distinta; mejor, generalmente mejor, pero sobre todo diferente. Podríamos contar los médicos cómo han sido, en verdad, los hombres

³⁹² Citado en Barrera Tyszka A. La Enfermedad. Anagrama. Narrativas hispánicas, editor. Barcelona; 2006. Pág. 13, edición digital

³⁹³ Botella Llusia J, et al *Homenaje a Marañón...* pág. 40

que hemos conocido no como parece que son, sino en su exacta originalidad.” (132)

En el ámbito terapéutico, Marañón dedica varios párrafos a la lucha del médico y del paciente contra el dolor. Por un lado nos dirá que “un dolor curado justifica toda la vida de un médico” (197) y, si define en alguna ocasión la labor del médico, lo hace refiriéndose a que lo que el galeno hace, fundamentalmente, la solemne tarea de tratar con la humanidad doliente. Se tratará de buscar el remedio, de aliviar total o parcialmente, pero ante nosotros está el prójimo doliente. En esa comparación que ya nos ha hecho en otras ocasiones, de la labor del médico y del sacerdote, hay un interesante párrafo en el que menciona esta realidad de encontrarse con dolor, con suciedad, desde la responsabilidad terapéutica:

“El hallazgo continuo del médico será el dolor y, lo que es aún más terrible, la suciedad; su tiempo estará siempre hipotecado por el accidente que no espera, renunciara voluntariamente a lo que es más grato a los hombres... Su asistencia social será no más alta pero sí mucho más abnegada y penosa que la del mismo sacerdote, porque éste no tiene que afilar todos los días su ciencia como el galeno y, sobre todo, porque el sacerdote no se acerca a la miseria humana como nosotros con la carga terrible de la responsabilidad, el sacerdote sabe que va a hacer seguramente un bien y que va seguramente a dejar en pos de si una estela de veneración. El médico en cambio no sabe si con toda su ciencia y su buena fe acertará y sabe menos todavía si, acertando o no, le acompañará la gratitud, siquiera el respeto del enfermo y de sus familiares. Un alma, además por sucia que esté, es siempre interesante. El cuerpo, muchas veces, no puede serlo ni aún para el médico de más firme vocación. Ha de ser pues, la vocación del galeno de los quilates más altos para cumplir un día y otro, con las noches que sean precisas, su misión negada y oscura sobre todo en ciertos de sus aspectos, como el de médico de guardia en un hospital o Casa de Socorro, o el que hace la vida del sacrificio y guardia

permanente como médico titular o de visita en un barrio de los suburbios de las grandes ciudades o en las aldeas (64).

Por eso debe ser el objetivo la lucha contra dicho dolor, usando adecuadamente la técnica, que tiene, sin duda, su valor en esta batalla. En este sentido, nos dirá, influido por Bergson: "La técnica es ese instrumento para que ese diálogo entre espíritu y naturaleza se realice del modo más perfecto...la técnica está representada... por un alma, destilada a través de lo mejor de muchas generaciones, en cuyo fondo tiembla el supremo anhelo del hombre que tiene conciencia de su misión humana, a saber, suprimir el dolor"³⁹⁴ (64), ya que "la naturaleza no regala nada ; lo da todo mas es preciso vencer su generosidad con un esfuerzo intelectual previo. Así pues, el que observa los hechos, en realidad lo que hace es dialogar con el cosmos y con Dios" (298).

Sin embargo, a pesar de que Marañón vive el comienzo de una era en la que los pacientes exigen resultados inmediatos, ("la autoridad personal del médico ha sido atropellada por la prisa de curarse") (161) cree que también ante el dolor se puede tener otra narrativa:

"Los médicos vemos crecer cada día la impaciencia con que el enfermo quiere que su neuralgia desaparezca al instante, que su pulmonía o su fiebre tifoidea no duren más de las cuarenta y ocho horas. Esto es natural; pero tal vez acusa una sublevación peligrosa de la humanidad contra el dolor. Sin dolor, aceptado y comprendido no existiría la virtud más profundamente humana, que es la serenidad. Los médicos quisiéramos que nadie padeciera. Pero a veces hay que pedir un poco de calma al doliente y hacerle ver que el sufrimiento no es todo mal" (251).

De modo que el dolor puede ser germen de serenidad, y Marañón nos recuerda que puede ser fuente de progreso, si se sabe reconducir adecuadamente: "Cada vez que la humanidad se olvida de sufrir, el progreso se pone en trance de muerte" (299), por lo que

³⁹⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 378 y 381

nuestro autor no deja de hacer llamadas a la paciencia, término tan relacionado en su etimología con *patior* –sufrir- :

“El enfermo debe aprender a hacer honor al adjetivo clásico y lleno de sentido de “paciente”. El enfermo que no sabe ser paciente, disminuye sus posibilidades de curarse ... el saber sufrir, el sufrimiento bien administrado, es también medicina. No querer correr demasiado deprisa hacia la quimera de la salud rápida y absoluta; no impacientar al médico; no sugerirle las medicinas que se ha oído ensalzar mientras se jugaba al bridge; he aquí una circunstancia esencial para curarse bien ... Sin dolor, aceptado y comprendido, no existiría la virtud más profundamente humana que es la serenidad. Los médicos quisiéramos que nadie padeciera. Pero a veces hay que pedir un poco de calma al doliente y hacerle ver que en el sufrimiento no todo es malo” (251).

Paciencia, no sólo del enfermo, sino del profesional, quien debe saber esperar y transmitirlo así al paciente. Así, en el manejo de las aparentes anomalías en el crecimiento, él, como autoridad en la materia, recuerda: “saber esperar; y saber esperar con la necesaria paciencia y con el discreto manejo de nuestros medios de colaboración: ésta es la clave del médico en la patología del crecimiento”. Un concepto que continúa siendo plenamente vigente en nuestros días; ya que, el retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad es, con gran diferencia, la etiología más frecuente de los hipocrecimientos...” ³⁹⁵ (77).

Subraya que la voluntad es la que puede influir, a la manera de lo que se hace en las artes marciales, para convertir el dolor en un cierto aliado. Para muchos, la vida es un sin sentido azaroso. Andrés, el personaje de la novela de *La enfermedad*, de Alberto Barrera, se pregunta ante su enfermedad, “-¿Por qué nos cuesta aceptar que estar vivos es una casualidad”. Marañón propone que se afronte sin estoicismos pasivos, sino con férrea determinación:

³⁹⁵ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 331

“La vida y el destino nuestro es, en gran parte, un azar, cuyo sentido solo conoce Dios, rector de los mundos. Pero es obligación nuestra no entregarnos ciegamente a ese azar, sino a tratar de sojuzgarle y convertirle en actos sujetos a nuestra voluntad. Para ello nos dio el mismo Dios las armas; la voluntad y la razón. El no esgrimir las, el entregarse con la pasividad de la roca al destino, es para mí el más grave de los pecados contra la divinidad. No hay blasfemia que supere a esa de no querer responder con palabras y con actos de noble rebeldía a la maldición del dolor que pesa sobre el género humano, adherida, precisamente, a lo más hondo de su existencia, a la vida de los instintos.”³⁹⁶ (127).

No todo sufrimiento es malo. (“Nuestro Séneca decía que la más grave ceguera para los humanos entendimientos es la felicidad”)³⁹⁷ (127). Para empezar, en el terreno físico, pero esto es algo que Marañón no desarrolla seguramente, por obvio. No se nos olvidan las páginas del Dr. Paul Brand (300) y de tantos otros, trabajando en la India, hace decenios, tratando de paliar los desastres, amputaciones, infecciones, que los pacientes afectados de lepra padecían a causa de la ausencia del dolor, propio de la enfermedad. El dolor es un mecanismo de aviso al que hay que escuchar. Pero nuestro autor va más allá en sus consideraciones y ve, en la creciente intolerancia al dolor que observa, una consecuencia de haber perdido la conexión con lo trascendente, que podría convertir, según Marañón, el sufrimiento en algo productivo :

“El hombre actual ha perdido, no la capacidad de sufrir, que ésta es inseparable a su condición animal, sino la noble y alta voluntad de sufrir, que es típica de la jerarquía humana. Ha perdido la fe en todo aquello que puede convertir el sufrimiento en un holocausto necesario y fecundo. El hombre actual, en su inmensa mayoría, no cree en Dios ni en sí mismo, que es otra forma de creer en Dios por carambola. Y por ello ha perdido esa aptitud maravillosa, casi divina, de convertir el

³⁹⁶ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 42

³⁹⁷ *Op.cit.* pág. 39

sufrimiento en fuente de paz y de progreso interior y a la larga también de progreso material”³⁹⁸ (88,127)

De hecho, nuestro autor señala que toda lucha feroz contra el dolor genera esta resistencia del paciente, no exenta de indisciplina ante la enfermedad, que va poniendo las cosas cada vez más difíciles al terapeuta:

" El peligro de las drogas activas depende, más aún que de los médicos no prudentes, de la imprudencia de los propios enfermos. Pasan estos hoy por una fase de indisciplina ante el médico; en el fondo, de algo más grave: de una actitud de resistencia y de indisciplina ante el hecho de la enfermedad. Si hablo de todo esto, en apariencia fugaz y circunstancial, es porque creo que la resistencia al sufrir no es un carácter transitorio de la época actual, sino que se acentuará, cada vez más, en el porvenir. La actitud religiosa de conformidad ante el dolor se transforma, visible y crudamente , en una lucha enconada para anularle" (161).

Cuando nuestro autor habla tras la muerte del psiquiatra y neurocirujano portugués, Egas Moniz, dice de él: “Ha muerto vencido por su gota terrible, con la que luchó tantos años y a la que venció , con ánimo ascético, haciéndose superior a ella, para crear y en realidad es así como únicamente se vencen las enfermedades” (301). Ante el deseo generalizado de aniquilar la angustia, Marañón se opone, atribuyéndose ser “un poco psiquiatra”, como médico que es: "Ahora, los psiquiatras y todos los médicos -que todos somos un poco psiquiatras- y los maestros y los sociólogos han emprendido una campaña alarmante para aniquilar la angustia. Si lo consiguieran el torrente fecundo que es la vida humana, amputada de la inspiración , se tornaría en pantano ineficaz" (114).

Por un lado, Marañón se reconoce a sí mismo con resabios de ascetismo: *“Finalmente, a los que todavía tenemos resabios de la moral ascética, nos alarma la desaparición del dolor que con tanto afán y tanta eficacia procuramos los médicos”* (116); por otro, llega a otorgarle un valor divino capaz de perfección moral, en línea con las enseñanzas de la Iglesia

³⁹⁸ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* págs. 37-38

Católicorromana: "No debe interpretarse la aceptación del dolor, ya hasta el regusto buscado del dolor, cual en nuestros místicos , como pasiva actitud ante lo fatal, sino como reconocimiento del valor divino de ese sufrir , en cuanto manantial de vida nueva y origen de nuestra perfección moral"(298). En cualquier caso, se puede comenzar aceptándolo serenamente, pero la lucha contra el dolor ha de seguir: "la actitud religiosa de conformidad ante el dolor se transforma, visible y crudamente , en una lucha enconada para anularle..."(161) y: "Yo creo, desde luego, en la necesidad del dolor como fuente de progreso...pero esta eficacia del sufrimiento reside precisamente en que mantiene viva la pugna por evitarlo... el dolor provechoso no es, pues, el dolor aceptado como resignación, sino el dolor combatido y utilizado, como se utiliza la fuerza de los saltos de agua"³⁹⁹ (127).

Es interesante escuchar a Marañón cuando nos abre esa puerta a sus reflexiones, nacidas de haber estado a la cabecera de multitud de enfermos, y nos comenta la idea que se ha forjado de la humanidad ibérica, tras atender a miles: "Acaso por ser médico, por haber visto a miles y miles de españoles en la profunda autenticidad que da el sufrir, tengo de la humanidad ibérica una idea mucho más alta y entrañable de la que nos enseña el artificio de la vida social y la espuma de ese artificio que recogen las crónicas" (302).

Sin duda, Marañón puso el acento en algo que seguimos constatando a día de hoy , como es la actitud del ser humano ante su dolor y enfermedad como algo clave en la atención al paciente y en el manejo de sus dolencias. Ciertamente que, en nuestro entorno, la tolerancia al mismo ha disminuido ostensiblemente, y el hallazgo de muchas más herramientas en el manejo del mismo, en el ámbito científico técnico y material, han generado un conjunto de expectativas y de resultados excelentes ante muchos procesos, mientras en otros , los resultados no son tan halagüeños y nos encontramos actualmente con unas coordenadas sociales de mucha menor tolerancia al sufrimiento. La humanidad ibérica que trató don Gregorio ha cambiado mucho desde entonces. En los últimos años, las consultas de atención primaria y de los centros de salud mental se han visto inundadas por pacientes incapaces de conllevar los malestares de la vida cotidiana. Pareciera que quisiéramos emular *Un mundo feliz* de Huxley, en el que la humanidad hubiera alcanzado un estado de aparente perfección. Actualmente, la corriente imperante es la de estar saludable y ser feliz, con lo que se está

³⁹⁹ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 54

constatando el crecimiento de los pacientes denominados *código Z* (303): los intolerantes al sufrimiento, los perpetuos insatisfechos, sin tener psicopatología definida. Según el estudio de Alberto Ortiz Lobo, las consultas más frecuentes de los códigos Z son los problemas de pareja (20%), asuntos relacionados con el empleo y el desempleo (18%), los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (9%), la muerte de un familiar (8,6%) , ruptura familiar por divorcio (4,5%) y problemas con la familia política (4,1%) , llegando a ser el 24% de los pacientes derivados desde la atención primaria a los servicios de salud mental (304), con una altísima demanda antidepresivos, que según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, , ya que el número de dosis de antidepresivos por cada 1000 habitantes y día consumidos era de 26,5 en el año 2000 y actualmente se ha triplicado, registrándose 79,5 dosis diarias, llegando al punto hoy en día de una especie de psiquiatría de mercado que la industria farmacéutica ha sabido utilizar muy bien ⁴⁰⁰ (303). Obviamente, las consideraciones que Marañón hizo a propósito del dolor y su potencial germinador de otros valores, podría ser un excelente elemento a añadir en la reflexión social y en la relación clínica.

2.15.2 Prudencia terapéutica

Hace ya tiempo que se han alzado voces de alarma contra el uso de terapias, fármacos, etc que prometen una cosa y resultan ser otra. La seguridad en el manejo de las mismas ha de ser una prioridad, tanto para el profesional como para las autoridades sanitarias⁴⁰¹. Es interesante retomar las consideraciones y llamados a la prudencia terapéutica que Marañón hacía.

Para empezar, una consideración sobre ver el papel del médico de manera más humilde y reconocer que muchos de nuestros supuestos éxitos no son otra cosa que la propia evolución de la enfermedad, tendente a la autorresolución. En este sentido, se alinea con el clásico concepto de que el médico sea un colaborador con la Naturaleza:

⁴⁰⁰ <http://www.aemps.gob.es>

⁴⁰¹ El propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Consumo ha desarrollado el portal www.seguridaddelpaciente.es , siendo este uno de los aspectos a tener en cuenta en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

“Buena parte del retraso de la terapéutica y, en general, de la Medicina, se debe, en efecto, al error que los médicos cometemos a diario, de no dar valor suficiente a lo que hay de espontáneo en la evolución de las enfermedades, cuando juzgamos los efectos de nuestras medicinas” “ EL médico, como decía Vallés, debe ser, simplemente, “el ministro de la Naturaleza”. ⁴⁰²

De hecho, en algunos tratamientos, según Marañón , hay que quedarse en el penúltimo escalón, sobre todo cuando no tenemos claro si estamos ante verdaderas enfermedades o exageraciones de los estados de adaptación (220). Más allá, y aunque parezca obvio, nos recuerda la importancia de no dar un tratamiento si no se sabe claramente ante qué se está o qué se quiere combatir, cosa en la que insistía en el abordaje de las patologías que encontró, con motivo de su viaje a las Hurdes. ⁴⁰³ (77). Por tanto, hay que ser prudente: “La ciencia, especialmente la médica, camina entre dos peligros eternos: uno, el no atreverse; y otro, el atreverse demasiado” (206). Es curioso que él mismo se consideraba pusilánime a la hora de pautar tratamientos, seguramente como reacción a la profusión de recetas que tuvo ocasión de vivir algunas veces y que Marañón define como irresponsable. Le escuchamos:

“Es notorio, porque he escrito mucho sobre ello, que no suelo compartir los criterios, tan comunes en estos tiempos, de las terapéuticas audaces. En Medicina, soy más bien pusilánime; y a los que trabajan conmigo quisiera inculcarles esta santa pusilanimidad que, en el fondo, es responsabilidad científica y respeto al prójimo. Cada noche me acuesto comparando los resultados de mis terapéuticas tenues con las de los clínicos agresivos y , cada noche me reconforta comprobar que las mías son más eficaces y menos dañinas que las de ellos” (305).

Para complicar las cosas, nos encontramos hoy también con la labor de los agentes de la medicalización actual, donde están incluidos la industria farmacéutica, tecnológica y sanitaria, la propia administración pública, las demandas de la población, los medios de comunicación y

⁴⁰² Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.390 (115)

⁴⁰³ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 331

los mismos profesionales sanitarios (306). Ya Marañón señalaba el peligro de que los propios pacientes, situados en un modelo consumista, y empujados también por cierta publicidad en los medios de comunicación, soliciten ser “recetados desaforadamente”, por lo que la labor contra los abusos terapéuticos hay que hacerla en las cátedras: “En nuestros tiempos, la manía de los enfermos de ser desaforadamente recetados adquiere proporciones más graves por las noticias que la prensa, la radio o algunos textos seudocientíficos les dan a los medicamentos y de sus indicaciones” (126). Marañón ve, pues, necesario frenar esta supuesta agresividad contra la enfermedad, que puede tener efectos indeseables sobre el paciente y sobre la mentalidad del médico. En realidad, ve en este furor la manifestación peligrosa del cientificismo:

“En la práctica ... hay ...una manifestación del cientificismo médico cuyos peligros sobrecogen porque, como una marea creciente, aumentan cada día. Me refiero a la terapéutica agresiva, el empleo inmoderado de innumerables drogas, a la exageración disparatada de las dosis de los medicamentos eficaces, el uso habitual e inconsciente de los remedios heroicos, lo que ahora se llama con el nombre estremecedor de “terapéutica de choque” y, por fin, a la indicación y ejecución excesiva de las intervenciones quirúrgicas” (126).

Tras su exilio, parece que nuestro autor notó un cambio en la manera de proceder de sus colegas, en este sentido: “Cuando después de varios años de ausencia, regresé en el 1943 a España, tuve, entre las muchas alegrías de la repatriación, algunos dolores; y no fue el menor ese tono de furia agresiva de algunos sectores de las nuevas generaciones médicas en el manejo de los medicamentos, con su apéndice de las intervenciones quirúrgicas prodigadas sin una crítica suficiente”⁴⁰⁴ (89). De hecho, hay una anécdota curiosa al respecto, cuando al propio Marañón le tocó ser paciente, al enfermar de sinusitis. En su libro de anécdotas sobre la experiencia en el tratamiento a múltiples pacientes, el Dr Jiménez Quesada se vio sorprendido al ser elegido por Marañón como su médico en este caso. Ante la pregunta de “por qué le había llamado para asistirle, siendo Jiménez un especialista incipiente”, Marañón contestó que la causa estaba en que había leído un artículo que le gustó mucho en la revista del maestro Dr.

⁴⁰⁴ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 134

Medinavetia, en el que Jiménez condenaba la cirugía sistemática de cornetes.”⁴⁰⁵ (215). La tendencia conservadora, más prudente si no hay evidencias de mejora escogiendo tratamientos más agresivos, había jugado un papel decisivo para que nuestro autor tuviera muy claro en manos de quién quería ponerse.

Marañón hace una interesante reflexión sobre las drogas nuevas, que suponen un reto al médico moderno “cataratas de analgésicos, anestésicos e hipnóticos...etc.” “Estos fármacos nuevos curan o alivian con positiva y a veces maravillosa eficacia; pero hacen pagar un impuesto por esta eficacia, impuesto, a veces, demasiado oneroso para el organismo y en algunos casos, a la larga, con balance claramente perjudicial. El arte del médico está sólo en saber sacrificar todo lo que no sea beneficio fundamental para la salud, a cambio de respetar, mientras se pueda, las reservas esenciales de la personalidad total” (307). Para ello, no duda en citar a uno de sus admirados, el padre Feijoo, crítico con el quehacer de los médicos del XVIII, quien hablaba en contra de la insensatez terapéutica que ya denunciaba en su día: “De aquí nace el error perniciosísimo que es tener por mejores médicos aquellos que recetan mucho sobre los que son muy parcos en recetar”.⁴⁰⁶ Deslumbrados por los avances científicos del siglo XX, tanto médicos como pacientes, pueden ser igualmente presa de una inflación de propuestas terapéuticas, una burbuja que conviene pinchar:

“Invoco ahora a la sombra del padre Feijoo, que en numerosas ocasiones alzó la voz frente a la insensatez terapéutica... he tenido la curiosidad de coleccionar la copia de innumerables tratamientos prescritos por las más altas autoridades del mundo en Europa y América a enfermos que después han pasado por mi clínica, y , sin una sola excepción, se reducen a algunos sobrios consejos alimentarios y a una, dos o cuatro medicaciones, empleadas en etapas sucesivas. La mayoría de estos planes están redactados en la octavilla de un bloque de recetar” (126).

Por esto, refiriéndose a Teófilo Hernando, uno de sus colaboradores, y a su labor, no duda en decir de él: “En ese cuarto de siglo llenó Hernando las ciudades y los pueblos de

⁴⁰⁵ Jiménez Quesada M. *De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo ...* pág.58

⁴⁰⁶ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.293 y 393 (115)

España de médicos aptos para lo más difícil de la profesión, que es recetar con exactitud y con prudencia” (128).

Justo Gimena, quien trabajó 37 años junto a Marañón en el Hospital Provincial, comentó en un homenaje con motivo del centenario del nacimiento de Marañón:

“Al recetar era muy estricto, muy moderado, decía que con ese proceder había hecho a sus enfermos tanto bien como cualquier otro médico más aficionado a la polifarmacia. Esto me recuerda una anécdota: doña Lola, que había pasado cincuenta años doblada sobre la máquina de escribir y fue su gran consejera, me dijo un día: usted cree que Gregorio toma la cantidad de medicamentos que usted le receta, no es así: lo parte y toma la mitad, la otra mitad yo la pongo en un alimento. Seguramente llevaba razón don Gregorio. Siempre daba esperanzas al enfermo, era un gran humanista, un sembrador de esperanzas”⁴⁰⁷ (216).

2.15.3. Recetar lo imprescindible.

Marañón recoge la necesidad de buscar la exactitud a la hora de que el médico pretenda resolver los problemas del paciente. Él, que comenzó entre enfermos infecciosos en las buhardillas del Hospital General, ha visto la evolución de los avances:

“El médico tiene que resolver sus problemas según fórmulas exactas; de donde el entusiasmo, a veces desorbitado, con que acogemos los conocimientos nuevos que se presentan aureolados de precisión. Todo el esfuerzo de la Medicina del último siglo, siglo al que debe un progreso tan grande a todo el resto de su historia, se ha encaminado a convertir el arte de curar en una operación exacta, mecánicas, casi matemática, cuyo arquetipo cuyo arquetipo estaba representado por la clínica de las enfermedades infecciosas” (308).

⁴⁰⁷ Gimena J. *Don Gregorio en el Hospital. Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento...* pág. 397

Sin embargo, no es tan ingenuo como para ignorar las dificultades que el médico práctico tiene ante muchas de las encrucijadas que se le presentan. En realidad, hay una labor con la que siempre estará comprometido, que es con tratar de evitar que la enfermedad aparezca, que ahora viene recogido en lo que denominamos prevención primaria; por cierto, que compromete al médico con ser ejemplo en aquello sobre lo que predica, si quiere tener autoridad en lo que dice: "El médico fumador, lo son la mayoría, carece, al fumar él, de autoridad y de convicción para impedir que sus enfermos fumen" (190). El objetivo es claro: intentar anticiparse a la aparición de la enfermedad. "No se trata...de conocer la enfermedad clásica, más o menos adaptada a las reacciones de un individuo humano, sino de adivinarla antes de que aparezca. La enfermedad clásica es, en la mayoría de los casos, "el periodo final" de la enfermedad, que desde el punto de vista de la eficacia ya no nos interesa" (97).

Una vez aparecida la enfermedad, el impulso recetador debe ser moderado por la precaución. Nuestro autor aconseja que "hay que conocer y fomentar el arte de la receta ...una fórmula bien meditada equivale al traje hecho a medida de la dolencia y del enfermo mismo" (170). "La terapéutica actual es una ciencia complejísima que no puede llevarse a la práctica sin un estudio incesante, que coloca al médico al frente de sus enfermos en la situación de entrenamiento implacable y casi angustioso de los deportistas en vísperas de un *match* (161). En un momento dado, la evolución de la forma de trabajar hará que Marañón se queje del surgimiento de la burocracia al recetar, que contribuye a la pérdida de esta filosofía de artesano que todo buen médico debe tener: "El médico está a punto de perder su prestigio de experto en la naturaleza del hombre, esto es, su prestigio de artista o quizá mejor, de artesano del mecanismo nuestro, para pasar a ser un burócrata que propone, casi mecánicamente sus recetas" (193).

Por eso, él ya nos ha dicho que reduce sus propias recetas a la mínima expresión. Hay vida terapéutica más allá de las recetas. Sobre todo cuando estamos ante pacientes aprensivos, que incluso se mueven mejor entre etiquetas de enfermedad y que construyen su identidad en torno a ella y sus ganancias. Marañón, lógicamente, nos previene de su existencia: "En el fondo esta necesidad de un cierto grado de enfermedad para seguir viviendo es lo que han aprendido los aprensivos ...lo que hace es cultivar las pequeñas molestias que le afligen y vacunarse con ellas de los peligros de la gran enfermedad" (126).

A veces, será menester dar al paciente un *tratamiento moral*. Ernesto Ramos nos refiere otra anécdota: “Cuenta el Dr. Casariego una anécdota singular sobre esos *tratamientos morales*, muy ilustrativa: “mi mujer padeció en una época una afección nerviosa que la tenía sumamente alarmada. En realidad no tenía ninguna enfermedad orgánica, pero ella se sentía mal, cada vez peor. Ningún tratamiento daba resultado para su caso,. Fuimos a ver a don Gregorio y él comprendió enseguida el caso. Me dijo que la mejor droga era llevarle al convencimiento de que estaba sana. Ella insistió en que le recetase algo y entonces él, humano, comprensivo, cordial, como acabo de decirlo, tomó un papel de recetas y escribió lo siguiente: “*Sra de Casariego. No tiene nada. No tome ninguna medicina. No vea médicos. Lea este papel dos veces al día. G. Marañón, Mayo 1954*” (142). Sin duda, los trastornos de ansiedad requieren de terapias sólidas, teniendo ahora recursos que Marañón tenía entonces a su alcance. Sin embargo, cierto es que a veces conviene alejarse del médico, quien deberá simplificar al máximo los tratamientos, abstenerse de ser agresivo en las terapéuticas (*primum non nocere*) y prevenir la plurifarmacia, este último, asunto en lo cual Marañón demostró ir por delante de su tiempo (126,197).

Don Gregorio exhortaba a tener mucha comprensión ante el paciente que lo intenta todo, aún por vericuetos dudosos, empíricos: “Con las necesarias cautelas, precisamos tener abierta nuestra atención y no una atención fría, sino cálida, generosa, a todo intento de curación de cualesquier enfermedad. Lo más empírico puede llevarnos a la verdad... la curación... aunque se redujera a un solo enfermo, ella sólo bastaría para justificar nuestro interés. Un dolor curado justifica toda la vida de un médico (305).

Y él mismo reconoce que el médico debe, asimismo, tocar todas las teclas a su alcance para obtener la curación, mientras haya unas mínimas garantías. No se nos ha de olvidar que Marañón preconizó al principio el uso de la opoterapia, que luego se demostraría ineficaz (255).

2.15.4 Contar con el paciente

En la fase resolutive de la entrevista clínica es imprescindible contar con el paciente, compartir con él diagnóstico y tratamiento, y establecer un equilibrio entre las expectativas del paciente y las prioridades médicas. Si estos ladrillos, por así decir, se colocan sobre el

fundamento de una relación de confianza, tras haber llegado a conocerle a él y en lo posible, a su mundo, seremos más efectivos en el tratamiento. Que la relación clínica llegue a buen puerto tiene un origen multifactorial. De hecho, como señalábamos en la introducción, hay consenso en la literatura científica al considerar la importancia de la continuidad y la accesibilidad de la atención sanitaria. En relación con ellas, el establecimiento de una relación médico-paciente basada en la confianza y en la participación bilateral en la toma de decisiones (309–311) , con disponibilidad de tiempo suficiente, son factores nucleares para determinar, no solamente la satisfacción del usuario, sino también los resultados en términos de efectividad y eficiencia de la atención prestada (312). Por cierto que, en este marco, los profesionales de enfermería están llamados a desempeñar un papel cada vez más protagonista (313).

Marañón había afirmado ya la importancia de considerar al paciente y sus circunstancias con el interés debido:

“Se me dirá que el humano dolor es idéntico en todas partes. Pero lo esencial de la profesión médica no es el dolor, no es la enfermedad, sino las circunstancias que la rodean. El curar, teóricamente, las dolencias que se pueden curar, es un problema de dos y dos son cuatro que cualquiera puede aprender en unos meses. Pero lo importante de la Medicina es el halo misterioso de circunstancias imprevistas que rodea a la enfermedad, circunstancias que dependen, unas, de la personalidad del enfermo y otras, las más importantes, y numerosas, del ambiente.”
(314).

A la hora de proponer un tratamiento, tener muy en cuenta los gustos del paciente (126). Marañón no deja de traer a Feijoo a escena en cuanto es oportuno y le cita al decir:

“Hay, pues, que alegrar al enfermo, complaciéndole en cuanto sea prudente, dándole gratas nuevas de su proceso y levantando con templado optimismo su corazón. Puede ser útil todo, desde los más nimios detalles, como afeitar al enfermo cuando está incómodo con sus

barbas, como ya preveía Hipócrates, hasta dejarle entregarse a los raptos del amor”.⁴⁰⁸

Él, médico fundador de la endocrinología, escribió muchas páginas dedicadas a la consideración del tratamiento dietético. En una ocasión , con motivo de una observación hecha por él mismo, en el que en un domingo de Pascua, tras una succulenta comida de carne , un médico docto se quejó del aparente exceso dietético, y otro comensal le dijo “no tema usted que le haga daño, este desorden lo manda la Pascua y basta con ello para que le siente bien”, Marañón aprovecha el incidente para prevenir contra lo que él denomina un *fetichismo cientificista* a la hora de imponer una dieta específica que origine rechazo en el paciente y que nuestro autor considera ridículo:

“El médico, por tanto, debe, lleno de profunda comprensión científica, respetar la Pascua y todas las influencias que permiten adoptar en cada caso las normas de la ciencia , hechas de líneas regulares, con la personalidad vegetativa de cada ser vivo, hecha de entrantes y salientes infinitos. Nada me parece tan ridículo como el médico que pretende imponer un determinado alimento que el enfermo rechaza contra todas las previsiones teóricas. Son tan raros que se pueden contar con los dedos los casos en los que la conveniencia científica debe sustituir a todas las objeciones del instinto ... no pretendo con esto ridiculizar la ciencia médica, a la que sirvo con todo mi tiempo y toda mi adhesión, sino valorar exactamente el origen de nuestros conocimientos y reaccionar contra el fetichismo cientificista , que nos hace acatar con los ojos cerrados una indicación emanada, quizá , de una serie de experiencias planteadas con un criterio artificioso; y cerrar, en cambio, esos mismos ojos ante las sugerencias de la experiencia empírica y de los modos de reaccionar individuales, sometidos a leyes, no por desconocidas menos respetables” (315).

⁴⁰⁸ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.397 (115)

Siempre rescatando el factor individual, el tener en cuenta al paciente concreto que tenemos delante. En la época marañoniana, ya comenzaba a ponerse muy de moda la aplicación de las estadísticas al quehacer sanitario, de la mano de la medicina norteamericana; un asunto, no nos engañemos, crucial a día de hoy en el avance en la investigación biomédica y su aplicación. Sin embargo, la estadística oculta al individuo en la investigación cuantitativa, y Marañón avisa del peligro de olvidar el factor individual: “La clínica estadística, propugnada principalmente por las escuelas norteamericanas, pierde su prestigio, cada día, ante la medicina individualista. No sabe más el que ha visto tres mil casos de úlcera sino el que ha estudiado con paciencia la úlcera en cada uno de sus ulcerosos” (267). De hecho, el estudio detenido de nuestros pacientes, de cada uno y cada cual, sigue siendo muy necesario: “hoy ya no es posible asistir al enfermo sin crear a la vez, ciencia” (264).

“Para el médico, cada enfermo ha de ser un problema de directo e inmediato humanitarismo, la necesidad de curarle o aliviarle y consolarle, un problema fisiopatológico que la naturaleza nos pone ya planteado y que debemos estudiar y a ser posible, replantear, para extraer de él toda su sustancia científica. El médico, en suma, ha de acercarse al enfermo con el espíritu sacerdotal, pero a la vez, con el espíritu del naturalista.” ⁴⁰⁹⁴¹⁰ (64,89)

“Aquello tan manoseado de que los árboles impide ver el bosque, a ninguna actividad humana puede aplicarse con tanta razón como a la clínica. Los muchos, los demasiados enfermos dan, sin duda, seguridad y prestancia para ir y venir entre ellos y agudizar el golpe a vista de patólogo. Pero el verdadero conocimiento de la enfermedad lo da el estudio profundo de "cada caso", en el que se resumen no sólo el esquema del proceso, sino todas sus posibles variedades" (179).

Para ello pone como ejemplo a Babinsky: “Yo sigo poniendo de ejemplo de lo que debe ser el clínico, a aquel gran maestro Babinsky, con cuya amistad me honré, que en un solo

⁴⁰⁹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 341

⁴¹⁰ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 133

enfermo, en un pobre paralítico, observado con sagacidad y paciencia incansables, descubrió la semiología de los reflejos plantares que habían pasado inadvertidos para los coleccionadores de estadísticas de paralíticos” (267).

Marañón destaca un ingrediente a tener en cuenta en el factor individual, que no es otra cosa que el temperamento del paciente:

“Este olvido lamentable del factor temperamental no había de ser sino el comienzo de un error que afectó no solo a la ciencia española, sino a la Medicina universal y que hoy culmina en la medicina norteamericana, insigne en muchos de sus aspectos, pero ciertamente nociva al pretender aplicar al arte del diagnóstico y de la terapéutica el método estadístico, que es esencialmente olvido del factor individual. Por fortuna en estos últimos años, varias escuelas médicas, sobre todo europeas, resucitan con los puntos de vista modernos el estudio de la constitución y el temperamento como factores indispensables para el buen ejercicio de nuestro arte” ⁴¹¹

Aquí se refiere Marañón a Kretschmer, Bauer, Borchardt, Brughs, así como Viola, Pende, Sacristán, Jiménez Díaz y Novos Santos y a los propios colaboradores de Marañón: Pardo, Gómez Acebo, Conde Gargollo, etc. Tirando de la historia, nuestro autor se retrotrae de nuevo a Feijoo e incluso nada menos que a Huarte (a quien Marañón dedicó muchas páginas suculentas), para señalar la importancia de tener en cuenta el temperamento del paciente y poder acoplar mejor así el tratamiento ⁴¹²

2.15.5 La antesala de la Entrevista Motivacional

Marañón ha intuido ya que es el propio enfermo quien tiene que encontrar sus propias razones para producir cambios. En otro momento, como hemos reseñado, insiste en que el paciente tiene que obedecer, ya que empezar por ahí es comenzar a curarse; esto, desde una perspectiva de modelo paternalista, ya que, al fin y al cabo, Marañón es hijo de su tiempo. Sin

⁴¹¹ Marañón, G. *Las ideas biológicas del padre Feijoo*. Espasa Calpe, Madrid, 1934 OC V, pp.287-494. p.387 (115)

⁴¹² Op. Cit. pp 386-7

embargo esa intuición a la que nos referíamos denota una evolución en su concepción de dónde están los resortes que mueven al paciente, especialmente viviendo enfermedades crónicas, para hacer cambios en su conducta que repercutan positivamente en su salud. Así, ante la necesidad para muchos de adelgazar, nos dice: “En otras palabras, el individuo obeso o de peso normal, que adelgaza, y se mantiene delgado es, casi sin excepción, el que obedece a su propio y espontáneo convencimiento de que si adelgaza vivirá más a gusto” (286). Es de destacar su anticipación a los principios de la entrevista motivacional que se desarrollarían más tarde, según los cuales, es el paciente quien ha de encontrar sus propias motivaciones para el cambio. Al profesional le correspondería sacarlas a la luz, y acompañar al paciente en dicho proceso.

2.15.6 El médico como medicina

Desde hace mucho tiempo, sabemos que la morfina tiene un diferente poder analgésico, dependiendo de que la dé el médico o no. “En torno de nuestras recetas de efecto matemático –nos dirá- actuamos sobre el hombre dolorido por la vía invisible e imponderable de la sugestión inconsciente”⁴¹³ (64). Por eso, el médico es también medicina, según Marañón, dependiendo de su experiencia, su ilustración, y del entusiasmo:

“Los médicos nos damos cuenta de que hay un margen en torno a cada trastorno, incluso del más orgánico, que sólo se deja atacar por la brecha ideal y misteriosa de la sugestión; y que cada médico, aun sabiendo las mismas cosas y empleando las mismas recetas que los demás, lleva consigo una cantidad específica de energía curativa de la que él mismo no se da cuenta y de la que, en definitiva, depende su eficacia tanto como de su experiencia y de su ilustración ... y esa fuerza depende del entusiasmo del médico, de su deseo ferviente de aliviar a sus semejantes, en suma, del rigor y de la emoción con que sienta su deber”⁴¹⁴ (127).

⁴¹³ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 346

⁴¹⁴ Conferencia *Los deberes olvidados*, pronunciada en el Centro Cultural del Ejército y la Armada, de Madrid, en junio de 1933, y publicada, con nuevas anotaciones, en el libro *Raíz y Decorado de España*, Espasa Calpe, Madrid, 1ª ed. 1933. OC III, 241-264. Pág. 257

Para ello, es menester que se haya dado todo ese flujo de información que hace que los dos protagonistas del encuentro clínico sintonicen en confianza: “Si entre la receta, la más simple, la de un jarabe para la tos, y la mente que la prescribe no hay un pequeño mundo de información de lo que es el hombre que tose y el hombre que receta, el jarabe calmará la tos menos eficazmente que si ese mundo existe” (316).

Sabemos que el efecto placebo es real, hasta tal punto que, en los ensayos clínicos aleatorizados, en los que se quiera probar un fármaco novedoso, sin que exista la posibilidad de compararlo con otro que haya demostrado eficacia ante la misma enfermedad, se ha de comparar con placebo. Por eso, el papel de la sugestión sigue presente. Marañón ya lo había comentado: “Queremos expresar nuestro convencimiento de que la razón de que cualquiera de ellos –tratamientos- puede ser, sin que se sepa por qué o utilísimo o completamente inútil, depende del factor sugestivo que, consciente o inconscientemente, introduce el médico en su actuación ...cuando existe una verdadera sugestión bilateral” ⁴¹⁵ (77). De hecho, él mismo concede la posibilidad de que algunos pacientes a quienes se administró opoterapia mejoraron, en realidad, por efecto de la sugestión, más que por la eficacia del tratamiento⁴¹⁶(77).

“A medida que se aclara el misterio de las enfermedades, a medida que nuestros medicamentos se alejan del empirismo primitivo y se convierten en métodos científicos y, a veces aproximadamente exactos, los médicos nos damos cuenta de que hay un margen en torno a cada trastorno incluso del más orgánico, que solo se deja atacar por la brecha ideal de la sugestión ; y que cada médico, aun sabiendo las mismas cosas y empleando las mismas recetas que los demás, lleva consigo una cantidad específica de energía curativa, de la que él mismo no se da cuenta y de la que, en definitiva, depende su eficacia tanto como de su experiencia y de su ilustración”⁴¹⁷ (127).

⁴¹⁵ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 42

⁴¹⁶ *Op.cit.* pág. 182

⁴¹⁷ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 33

Marañón otorga, como decíamos, al entusiasmo del médico la causa del éxito en última instancia⁴¹⁸ (64): “Esta fuerza , que no creo que deba llamarse extracientífica, depende en último término de una sola cosa; del entusiasmo del médico, de su deseo ferviente de aliviar a sus semejantes; en suma del rigor y de la emoción con que sienta su deber”⁴¹⁹ (127) y no duda en decir que la medicina, por ser ciencia incompleta, tendrá durante mucho tiempo y quizá siempre, una parte importante de sugestión, de arte mágico.⁴²⁰ (64) Sugestión y, según Marañón, cierto escepticismo consustancial al hombre de ciencia, siempre consciente de tantas lagunas que quedan por rellenar: “No hay por qué decir que este poder curativo que nace de un hondo deseo del médico y por lo tanto de su fe, es compatible con un racional escepticismo de la ciencia médica. Éste es el caso de todos los grandes médicos, a la vez creyentes en sí mismos y poseídos de una duda racional sobre la Medicina.” (115)

Asomándonos a la consulta del propio Marañón, según nos refieren quienes fueron sus colaboradores, parece ser que él mismo sabía usar bien lo terapéutico para muchos de su sola presencia:

“Decíamos que comenzaba a curar en la primera consulta. Porque en su primera entrevista Marañón agigantaba su figura ante el enfermo de una manera mágica...unos años después de su muerte se suscitó esta conversación en la mesa de un almuerzo con amigos y pacientes de don Gregorio. Y yo escuchaba a dos personas, un hombre y una mujer, que habían sido sus pacientes... la mujer, una distinguida dama israelita, hablaba de la gran confianza, de la serenidad , que le infundía aquel “encanto” de Marañón, en todas sus conversaciones. El hombre, un inteligente hombre de negocios, aristócrata de prestigio y grande de España, amigo de Marañón y amigo mío, decía seriamente que Marañón tenía un magnetismo en la mirada que él mismo desconocía y que hacía al enfermo sentirse mejor dentro de su influjo. Los que tratamos a don Gregorio sabemos que los dos tenían razón hasta un cierto punto. Tenía

⁴¹⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 346

⁴¹⁹ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 33

⁴²⁰ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 346

su encanto, su magnetismo, pero lo sabía ... aquí hacía esa relación personal médico y paciente, que venía preparada por el paciente desde la solicitud de la consulta. Que no defraudaba nunca por la elegante y humanísima modestia de don Gregorio y el enfermo comenzaba a curar ...que conocía Marañón esa faceta subjetiva de su terapéutica es indudable. Como era indudable también que logró una verdadera maestría en su aplicación al tratamiento de todos sus enfermos , con un amor evidente”⁴²¹ (232) .

En ocasiones, rayando la taumaturgia, como lo que le ocurrió en su viaje a Cuba, donde su presencia despertó auténtica veneración en algún caso:

“En Cuba ...fue como conferenciante y se abstuvo de visitar. Le requerían con insistencia. Una señora acompañada de su hijo enfermo, aguardó a que saliese del palacio del presidente de la república, donde se hospedaba, interrumpiéndole el paso, exclamó:
-¡Doctor: al menos ponga la mano sobre la cabeza de mi hijo para que se cure!. La popularidad del médico español le otorgaba la virtud del milagro...” ⁴²² (317).

Camilo José Cela hizo mención de esa especie de poder taumatúrgico que tiene el médico que potencie la fe y la confianza del paciente pero del que se requiere un uso exquisito:

“No soy llamado a hablar del médico Marañón, aunque sí creo que me será permitido hacerlo, siquiera brevemente, desde el ángulo - amargo y doloroso ángulo- de los enfermos, de quienes corrimos -y formamos legión- a su consulta en busca de la salud perdida. El médico debe ser dueño -y hábil y honesto administrador- de un cierto poder taumatúrgico que produzca la confianza y avive la fe del enfermo en la curación. Si ese poder taumatúrgico no se apoya en un sólido conocimiento científico, el médico, claro es, se despeña por los

⁴²¹ Pozuelo Escudero V. *Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y personal...* pág. 132

⁴²² Perez D. *Figuras de España*. Madrid: Compañía Iberoamericana de Publicaciones, 1930. Pág. 50

barrancos del curanderismo, esa rara situación que cabalga a lomos de dos jacos dispares, del milagro y del delito, y que tanta materia de pensamiento dio a Marañón”⁴²³ (81).

Cruz Malpique da fe de que “En el consultorio escaseaba el aparataje espectacular. En muchos casos la terapéutica era la de la palabra seductora, la persuasión delicada sumada a los encantos de su persona física...ninguno poseía tan perfecto don de dialogar con los pacientes...del médico para el paciente corría una flujo de simpatía resonante de efectos taumatúrgicos” ⁴²⁴(297). Álvarez Sierra, por su parte, dedica en su libro “*El Hipócrates de la Medicina Española*” un capítulo a esta influencia que Marañón ejercía sobre los pacientes, sin ser capaz de definirlo con claridad. Lo enmarca dentro de lo que denomina “Sicoterapia espontánea, natural, indirecta larvada y aun instintiva”⁴²⁵ (101), distinguiendo esto de la psicoterapia reglada y científica. De hecho, esta atracción que Marañón suponía para muchos pacientes, es descrita por varios de sus colaboradores en diferente clave. Ferrándiz, en su tesis, vuelve a citar a Cruz para indicar que “Marañón fue un hombre impresionante, física y moralmente, alto, elegante, - de una elegancia señorial- vestía con mucha distinción, sin caer en preciosismos...nadie tuvo palabra más fácil, de timbre mas suave, de mayor poder de discreta seducción, frente a las mujeres que le consultaban o que trabajaban con el. Un donjuanes o sin quererlo , en cuanto que fue un médico moralmente impecable.” ⁴²⁶ (83). Lili Álvarez dice: “ Te sentías inmediatamente acogida, recibida, comprendida. No había separaciones. Eras una persona para él... y como tal te percibías ante el... iba a lo hondo (...) he comentado este fenómeno con distintas amigas que le conocieron y todas refieren la misma noble experiencia acogedora” (318). Aranguren, entre otras cosas, describirá a Marañón como “confesor laico de señoras elegantes”(319) y el propio Álvarez Sierra sugiere que: “Pudo haber caído, sin él proponérselo (como Amiel) en el donjuanismo. En más de una ocasión, he conocido enfermas tuyas que no admitían terapéutica acertada para sus dolencias si no las veía Marañón. Allá por el año 1920 tuve ocasión de asistir a un joven bella y muy interesante, próxima a contraer matrimonio con un hombre de buena posición económica, no despreciable

⁴²³ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 53

⁴²⁴ Malpique C. *Perfil humanístico de Gregório Marañón*. Lisboa: Sociedade de Expansao Cultural; 1970. Pág. 87

⁴²⁵ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 166

⁴²⁶ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 57

físicamente, de su misma edad, y que vivía obsesionada por el recuerdo de Gregorio, y un día me atreví a decirle que por la frecuencia con que creía imprescindible ir a la consulta de Marañón, parecía enamorada de él; lejos de molestarse por mi apreciación, sin confirmarla por ser una mujer honesta, implícitamente reconoció que yo estaba en lo cierto. Hubo una época en que le llamaron "el capricho de las damas". ⁴²⁷

En cualquier caso, esa transferencia inevitable que pulula durante el acto médico, fue bien manejada por Marañón, quien, según nos recuerda Álvarez Sierra, tenía "solidaridad moral con el enfermo" Habla de "sus constantes sentimientos de cariñosa solicitud hacia el paciente ...los pensamientos optimistas, la comunicación de esperanzas y de consuelos al alma apenada, brotaba de él con tan irresistible empuje, que bastaba con su presencia, con el vibrante y cálido acento de su voz y con su palabra, siempre oportuna y afable, para despertar en el enfermo que le escuchaba la saludable reacción sicoterápica" ⁴²⁸ (101).

Ese optimismo integral de Marañón era algo consustancial a él y lo aplicó en todas las vertientes de su vida, seguramente equivocándose en más de una ocasión, pero era alguien completamente consciente de correr ese riesgo, que, por otro lado, asumía plenamente:

"El optimismo nos lleva muchas veces al error, pero yerra mucho más el pesimismo. Y error por error, siempre es preferible el que viene envuelto en una esperanza que el que va precedido y acompañado de una marcha fúnebre. Y así hoy, cuando vuelvo la vista atrás y contemplo mi vida de médico, lo que me satisface es haber retrasado a muchos seres humanos la hora del dolor inevitable, aún a costa de lo que se llama prestigio profesional, que si no sirve para esto, para cambiarlo por un consuelo, para nada serviría." (219)

Sixto Obrador, dijo de él:

⁴²⁷ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 57

⁴²⁸ Álvarez Sierra J. *El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón...* pág. 167

“La última vez que nos vimos, hace apenas dos meses, fue en una consulta sobre un enfermo muy grave y en el cual nada podía hacerse. Movido por su bondad procuraba encontrar , con sus razonamientos y experiencia, la posibilidad de un pronóstico menos sombrío. Así era, optimista y confiado, no sólo ante los problemas agobiadores de la práctica médica sino también frente a los múltiples y más diversos aspectos culturales que él sabía percibir agudamente con su mente clara de historiador”⁴²⁹ (184)

2.15.7. Claridad en la terapia

Todo médico práctico tiene que afrontar el reto de hacerse entender. En especial, cuando se trata de las propuestas terapéuticas. Hay que asegurarse de que la información haya sido clara, y que podamos corroborar finalmente que el paciente ha comprendido los pasos a dar. Marañón ya había dicho hace tiempo que es imprescindible ser claros en las explicaciones: “...se ha de desenterrar, de vez en cuando, las verdades simples de entre los aluviones de la ciencia”⁴³⁰ (127). Como ya hemos expuesto, él fue un defensor de la claridad en todos los ámbitos, desde el coloquio moderno⁴³¹ y, desde luego, en la consulta. Por ejemplo, en el contexto de dirigir a lo jóvenes en la iniciación a la sexualidad a los jóvenes, cuando proceda, nos lo repite: “el antídoto de lo turbio es la claridad. Y es el médico el que con arte más preciso debe administrar esa maravillosa medicina”⁴³² (64). López Vega señala que “Marañón pensaba que escribir y difundir nociones sobre estas cuestiones” (las referentes a la cuestión sexual) “era un tema ciencia y de conciencia...” “un libro es siempre un remedio tan general, que se corre el peligro de que no se ajuste sino a las medidas de un corto número de dolientes. El sufrimiento sexual están tan hundido en nuestra personalidad ... que cada cual necesita un consejero y un consejo específicos.”⁴³³ (80).

⁴²⁹ Menéndez Pidal, et al *Homenaje a Gregorio Marañón...* pág. 197

⁴³⁰ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 21

⁴³¹ “Claridad, concisión, humildad; es decir, ausencia de pedantería libresca; ausencia de vanidad; dar por cierto que no se sabe lo que no se sabe y tomar la verdad de donde esté y de donde venga. Esta es la actitud del que interviene en el coloquio moderno” (OC III 998)

⁴³² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 362

⁴³³ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 181

2.15.8. Postrados ante el pragmatismo

Ya hemos recordado la frase de Boltzmann, según la cual “nada hay más práctico que una buena teoría”. Sin embargo, cuando de lo que se trata es de llevar a cabo un tratamiento adecuado para un paciente concreto y en un momento dado, al final conviene tener una pauta de actuación, pragmática, a la que recurrir avalada con el mayor grado de evidencia científica.

Marañón convivió, como convive toda generación, con esa tensión, por un lado, del lado teorizante, en el que él decía que hay que insistir, sobre todo si del otro lado, del práctico, lo que se buscan son atajos faltos de reflexión y estudio. Para él, por un lado “nada se echa de menos en España como los buenos "teóricos", bien imbuidos de espíritu auténtico de ciencia” (161) y se nota la influencia de su maestro Cajal, de quien toma esta cita: “dominó en nuestros cosmógrafos, físicos metalurgistas, matemáticos y médicos la tendencia hacia lo útil inmediato, al pragmatismo estrecho. Se ignoró que sólo las ideas son realmente fecundas.” ⁴³⁴ (225). El propio Marañón refiere que “Todavía vienen a nuestros hospitales médicos diociochescos que nos dicen “yo no quiero aprender teorías, sino sólo la práctica” y se aprestan a apuntar en un cuadernillo de notas las recetas que oyen prescribir para este o el otro síntoma, o enfermedad. Pero esta teoría que desdeñan es la madre de la receta salvadora”.⁴³⁵ (225). Para entender un poco más el sentido que Marañón le da al término diociochesco, hay que consignar que, contestando a Menéndez y Pelayo, Marañón señala la inopia de la medicina del s. XVIII ⁴³⁶ (225).

El éxito de los recetarios es tal que nuestro autor señala:

“Nuestros profesionales médicos ...leen bastante , a veces, mucho, pero casi exclusivamente las obras de "aplicación" , las que pueden llevarles de un modo inmediato , al ejercicio brillante de la técnica profesional ... Ningún libro de ciencia tiene en Medicina el éxito que alcanzaron los recetarios , donde se da -o parece que se da- la solución de los

⁴³⁴ Marañón G. *Vida e historia...* pág. 126

⁴³⁵ *Op.cit.* pág. 128

⁴³⁶ *Op.cit.* pág. 130

problemas sin necesidad de planteárselos... Y en los consultorios de nuestros hospitales es frecuente ver estudiantes y médicos, avezados algunos, que presencian el desfile de los casos clínicos -problemas biológicos- y mientras prestan una atención desvaída a las circunstancias de la Génesis de la enfermedad, del diagnóstico, de la trascendencia clínica del caso, sacan apresuradamente el lápiz y el carnet así que oyen formular la receta o el específico. Y en la receta, que es donde culmina en efecto, el interés de la medicina, es donde, por lo común, la medicina malea o pierde su dignidad de ciencia biológica (111,161).

Con todo, Marañón equilibra, no siendo ajeno del todo a un cierto pragmatismo (él estaba convencido de que la carrera universitaria de Medicina se podría acortar (320),s y también es consciente de la necesidad de la terapéutica como colofón a la información: " el médico actual ha de someterse cada día a un vigoroso ejercicio de información, como el deportista a su entrenamiento físico y el virtuoso al de su técnica instrumental, pero esta información, que es como un laberinto que comprende todos los Ramos biológicos , aboca a una salida única , la terapéutica, y si no es así, se ha perdido el tiempo (169) . No deja de pedirle al libro que nos pueda ser útil:

“Es un libro que sirve. ¿Qué otra cosa se puede decir d él mejor que esto? La literatura médica tiene que volver a servir. A servir, naturalmente, a los lectores y no al autor. Quiere decirse, a enseñar a los otros lo que el autor sabe y no a ser escaparate de la ciencia o de la pseudociencia del que lo ha escrito. Porque en lo único en que no debe pensarse al escribir un libro de ciencia es en que los lectores se queden con la boca abierta” (321).

Una vez más, queda constancia de su apunte hacia el equilibrio, plenamente vigente hoy, como lo estará siempre.

2.15.9 Entrar en la casa del enfermo

Una breve y bella alusión a la descripción del quehacer del médico cuando tiene que acudir al domicilio del paciente, labor hoy en día restringida prácticamente al médico de atención primaria y de urgencias domiciliarias. En un momento en el que está describiendo la utilidad de los prólogos, que considera una especie de esterilla antes de entrar al hogar, nos describe la emoción que para él supone traspasar el umbral de la puerta para encontrarse con el paciente:

" Yo, como médico que soy, he tenido que pisar por primera vez
centenares de hogares desconocidos y nunca, puedo asegurarlo, he
llamado a una puerta sin una leve emoción . Cada casa es un mundo,
aparte del vasto mundo externo y en cualquiera de ellos puede
encontrar nuestra alma una faceta nueva de su vida y acaso su destino.
Siempre he pensado esto mientras patinaba mis pies con una opción,
independiente de que tuvieran barro o no, en la esterilla que nos
prepara para la intimidad..." (322)

2.16 LA TERAPÉUTICA SOCIAL.

Llegados a este punto, es necesario matizar que no perseguimos hacer un recorrido histórico exhaustivo sobre el conocido compromiso social de Marañón, que es de muy amplio espectro. Esto requeriría un abordaje historiográfico que excede, con mucho, los límites de nuestro marco conceptual. Además de las biografías mencionadas en la introducción, los últimos trabajos de López Vega aportan mucha luz al respecto y los hacen particularmente recomendables⁴³⁷.

⁴³⁷ Nos referimos, especialmente a su tesis doctoral: A. López Vega, *Gregorio Marañón. Biografía intelectual*, Madrid, Universidad Complutense, 2007. Es un trabajo en el que, como el mismo autor señala: "se analiza la presencia de Marañón como intelectual en la sociedad de su tiempo y estudia las diferentes facetas de su pensamiento (obra médica, histórica y ensayos sociales y culturales)". Así lo menciona en su *Bibliografía de Gregorio Marañón*, Biblioteca del Instituto Antonio de Nebrija Estudios sobre la Universidad, Ed Dikynson, 2009 p. 29. (74). Asimismo, del mismo autor, *Gregorio Marañón, radiografía de un liberal*. Taurus, Madrid, 2011. (80)

Sin embargo, es obvio que detrás del paciente y junto a él, así como junto al médico que lo atiende, hay un cosmos social que los envuelve a ambos y que tiene una importantísima influencia sobre la enfermedad, la vivencia de la misma, el ejercicio médico y, por tanto, sobre la relación clínica. Es el “momento social”, en palabras de Laín. De hecho, la especialidad que hoy en día canaliza la formación en atención primaria, no en vano es también “comunitaria”.

Sí quisiéramos, pues, apuntar algunas de las inquietudes de Marañón al respecto. Escribió sobre temas con implicaciones sociales y políticas, sobre todo en 1917 y 1918 y, para él, la medicina no podía desconocer sus dimensiones y responsabilidades sociales ⁴³⁸ (80). En uno de esos párrafos en los que nos muestra su sensibilidad hacia el entorno del paciente y todo lo que ha confluído hasta la aparición de la enfermedad, nos cuenta:

"El médico, acechando el hallazgo del estreptococo o de la sífilis, pasa por alto cuando el enfermo o la enferma le cuenta que ha trabajado mucho, que ha sufrido persecuciones, que ha tenido más hijos de los que sus medios económicos le hubieran permitido, que ha vivido en una casa inclemente, que ha tenido que tomar, en fin, durante años y años determinadas drogas, ya por propia iniciativa, ya por prescripción de los médicos hiperterapéuticos que hoy son legión. Y, sin embargo, todas esas circunstancias, todo ese sufrimiento, que se repite de unos casos a otros, provoca una misma reacción defensiva inespecífica, que al desfallecer o al exagerarse puede ocasionar las enfermedades más diversas..." En realidad, aquí Marañón pone el acento en la posibilidad etimológica de esas vivencias y sufrimientos en la patología que el enfermo nos presente (323).

O, en su Crítica a la Medicina Dogmática, y hablando de dietética, sobre todo en lo referente a las modas restrictivas dietéticas como parte del tratamiento, apunta al origen social del problema alimentario:

"El gran progreso no se deba a nosotros, los médicos, sino a la evolución económica del mundo, que ha suprimido por la fuerza uno de

⁴³⁸ López Vega A. Gregorio Marañón. *Radiografía de un liberal...* pág. 24,25

los dos grandes pecados dietéticos de antaño: el comer excesivamente y tiende a mejorar el otro gran pecado, que es el de que otra parte de la humanidad coma menos de lo que necesita" (126).

“La terapéutica de los adultos, los grandes avances de la cirugía y de una dietética sobria y racional, impuesta más aún que por el esfuerzo de los médicos por las necesidades de la superpoblación y por la justicia social, han suprimido un número increíble de muertes prematuras y han permitido al ser humano llegar, con facilidad relativa, a edades que antes solo excepcionalmente se alcanzaban” (324).

Según Marañón, la necesidad y la justicia han conseguido que esto se corrija y los hombres vivan más. Sin duda, es un desajuste aún sin corregir del todo, ya que él mismo señaló las dos realidades: una, “la vida humana, la de cada hombre y la de los pueblos, está llena de miserias” ⁴³⁹ (127) y otra, tal vez excesivamente optimista: “la Humanidad es notoriamente mejor cada día”. O, como dijera en alguna ocasión, a lo mejor se trata de repartir entre todos bienestar y dolor: “Los hombres de hoy saben que es preciso repartir entre todos el bienestar. Pero hay también que repartir el dolor, buscarlo donde exista, beber el trago que a cada cual nos toca y saber encontrar en sus heces la fuente de la paz.”⁴⁴⁰ (225).

Dicha dimensión requerirá de los sanitarios una serie de actuaciones encaminadas a la consecución y al mantenimiento de la salud. Teniendo esto en cuenta, resulta de particular interés lo que Marañón reflexionó e hizo, al haberle tocado vivir épocas muy dispares, que van desde los albores del siglo XX, en una España, por tanto, francamente atrasada, y el comienzo del desarrollo industrial, hasta el inicio de la década en la que este desarrollo tuvo su mayor despliegue: los años 60. Fue un médico con un gran compromiso social. Y aquí podríamos considerar, en un sentido, en toda su producción y por ende, su propia vida, pero nos vamos a ceñir a algunos aspectos de la actuación social en relación con la salud.

⁴³⁹ Marañón G. *Raíz y decoro de España* ... pág. 15

⁴⁴⁰ Marañón G. *Vida e historia...* pág. 169

Don Gregorio sabía la capacidad de influencia que el médico tiene a nivel social, como nos muestra en este párrafo:

“Acaso uno de los temas más sugestivos para el pensador actual es el estudio del papel que juega el médico en la sociedad de nuestro tiempo. Es curioso observar que, a despecho de la sátira enconada de los escritores, expresión sin duda de un estado de opinión paralelo, la influencia del galeno crece cada día. Desde Aristófanes hasta Bernard Shaw, apenas ha habido un hombre que haya puesto alguna vez la pluma sobre el papel sin utilizarnos a los médicos como blanco de su mal humor o de su sátira. Y sin embargo, el prestigio del clínico es tal, en el punto crítico de la historia del mundo que atravesamos, que ninguna otra autoridad profesional supera a la suya” (239)

Al final de la década de los 20, él describe una especie de bucle, según el cual, el médico ha ido perdiendo prestigio como figura individual a medida que la propia medicina lo gana como ciencia, para volver a dar prestigio al médico:

“...de igual modo, la Medicina, como entidad científica, sirve de antídoto a los tropezones de los médicos” (325)

“En la cotización actual baja, pues, el valor del médico y está, por el contrario, en alza el valor de la Medicina. De ello resulta una conclusión paradójica e inesperada: que el prestigio del médico aumenta... se hace más sólido el prestigio medio del profesional, en cuanto sacerdote de una religión cada vez más sólidamente cimentada en el crédito universal... lo bueno del médico lo da su ciencia; lo malo que tiene ésta en su aspecto social se debe casi exclusivamente a la humana naturaleza de los médicos” (239).

Por tanto, esto es un capital que se debe usar adecuadamente, a favor de los más débiles y de los enfermos. Esto cuajó, en el caso de Marañón, comenzando a publicar artículos de corte sociopolítico en las páginas de *El Liberal*, el periódico que dirigía su suegro,

reclamando a los poderes públicos la necesidad improrrogable de impulsar una mejora higiénica y sanitaria. Adelantándose unas décadas, como recuerda López Vega, a lo que tras la II Guerra Mundial se daría en llamar el *estado de bienestar*. Solicitaba, ni más ni menos, que la sanidad fuese una cuestión nacional y censuraba el modo *caritativo* con que se entendían ciertos aspectos de la asistencia a los necesitados, una labor que se dejaba en manos de la Iglesia y que, a su juicio, debía abordarse “con una técnica enérgica y bien conocida. No es un problema de caridad, sino un problema estrictamente científico ... es el Estado quien debe organizar la defensa del hombre enfermo y mísero”. ⁴⁴¹⁴⁴² (80,326,327). Asimismo, antes de la epidemia de gripe de 1918, época en la que la aparición de un solo caso de tifus podía ser el inicio de un drama en muchos hogares, Marañón ya había comentado que, en su opinión, las plagas se propagaban fundamentalmente por las deficiencias en la higiene pública, sin dejar de señalar también la desidia de los médicos, que para él tenía una importancia igual o mayor en estas cuestiones que las carencias de la organización sanitaria, la inactividad política o la ignorancia popular en temas de higiene privada ⁴⁴³ (80). En plena Dictadura de Primo de Rivera, publicó una carta abierta en *La Unión Médica* criticando la situación sanitaria española y la disposición del Directorio hacia ella”⁴⁴⁴ (80). En dos ocasiones, sus protestas le costaron el que se abriera expediente contra él, ya que, mientras organiza el caos existente en las salas del último piso del Hospital General, al mismo tiempo protesta. En “El Liberal” pueden verse ...ardientes artículos denunciando el mal estado de los enfermos en el Hospital ⁴⁴⁵ (223). “Yo, ya de una generación distinta y formada al lado de Madinaveitia, el santo rebelde, tampoco me avine a que permanecieran en aquellos locales los enfermos hacinados; y entonces hice una

⁴⁴¹ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 106

⁴⁴² Cornide Ferrant E. *Apasionante biografía de Gregorio Marañón: Un hombre para la historia*. La Coruña: Ed Maxan.; 1999. Pág. 103

⁴⁴³ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 107

⁴⁴⁴ En noviembre de 1923, Marañón envía una carta abierta al Dr José Boullón Cabezudo donde criticaba la situación sanitaria española y la disposición del Directorio hacia ella. Carta Abierta, *Unión Médica*, 7 de noviembre de 1923. Segunda época, tomo II, año IX, num 274 pp. CCLXXI-CCLXXIII (fondos bibliográficos del Centro de Investigaciones Biológicas) Citado por A. López Vega, en *Gregorio Marañón. Biografía intelectual*, Madrid, Universidad Complutense, 2007, p. 198 y en A. López Vega *Gregorio Marañón. Radiografía de un intelectual...* p. 153

⁴⁴⁵ Varios autores. *Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento...* pág. 43

campaña juvenil y , por genuinamente juvenil, violenta, que me costó dos expedientes de la Diputación, de los cuales escapé bien” ⁴⁴⁶(68).

Fue contundente en la propuesta de tratar de otra manera la indigencia⁴⁴⁷ (80), reclamando una vez más que el tema era un asunto de Estado: “Yo creo que el pueblo de Madrid no es caritativo, como se dice; porque consiente tanta miseria albergada en su seno. Pero el arreglo de este problema no es de caridad, sino de justicia. No los ricos, sino el Estado debiera organizar la defensa del hombre enfermo y mísero” (326). “De mí sé decir que cuando entro en una de esas habitaciones míseras de los pobres, en las que un mismo techo acoge el sueño puro de los hijos y las noches de amor de los padres, siento la irritación de la injusticia que supone esta convivencia, con más angustia todavía que la desigualdad material con que están repartidos el lujo superfluo y el pan de cada día” (328).

Sensible y consciente, viendo la realidad con ojos de endocrinólogo, refiere: “...el clásico "tonto del pueblo" es, casi siempre, el último rezagado de un antiguo cretinismo" (329). Subrayando el tremendo impacto social que puede tener una deficitaria atención médica, alza la voz en contra del hambre en las calles (330) o escribe con referencias al verano de los niños pobres, esos veranos en los que muchos niños eran recogidos por familias más pudientes para salir temporalmente de su ambiente habitual, realizando Marañón una emocionante defensa de la infancia mísera (331). Jiménez Quesada dirá de él “... Nadie como él puso tanto celo y tanto cariño en la asistencia a los pobres, hasta el punto de dotar de su peculio particular los gastos muy importantes de su clínica hospitalaria. ⁴⁴⁸(215).

Marañón reclamó, hasta la extenuación, las reformas sociales necesarias para acabar con las principales epidemias que asolaron las salas hospitalarias en que desarrolló su labor y explicó, en base social, las principales medidas de salud pública necesarias para abolirlas,⁴⁴⁹ (77) hablando del problema social de la infección⁴⁵⁰ (77), ya que, en sus propias palabras, "la salud humana es obra de todos y su conservación obra de todos también. Y en este reparto del

⁴⁴⁶ Herreros, B. *et al* Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI... pág. 11

⁴⁴⁷ López Vega A. Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal... pág. 108

⁴⁴⁸ Jiménez Quesada M. De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo ... pág. 59

⁴⁴⁹ Varios autores. Revisión de la obra médica de Marañón... pág. 371

⁴⁵⁰ *Op.cit.* pág. 389

cuidado de la salud corresponde a los ingenieros, arquitectos, etc., un lote considerable"⁴⁵¹ (129), abogando Marañón por una especie de ingeniería sanitaria.

Cuando fue a Alemania en 1910, para proseguir allí su formación médica se sorprendió ante el funcionamiento de los laboratorios (“¡Si tuviesen que fregar los cacharros, como me ocurre a mí en Madrid!” ⁴⁵² (80) y decía envidiar “...la preocupación social existente en torno a la ciencia ...en este punto [en España] estamos como cuatro siglos antes ...claro es que todo esto no lo hace el mayor talento de los hombres, ni siquiera su mayor energía (que es verdad que es mucho mayor), sino el dinero; pero es que aquí nadie se muere sin dejar una parte de su fortuna a los pobres, al hospital...” ⁴⁵³(80). No le faltó ocasión de hacer una denuncia social de cómo veía él que se trataba al paciente allí:

“Los enfermos están bien atendidos. La enorme carestía de la vida no ha influido para nada en las raciones hospitalarias, que son, puede asegurarse, mejores en calidad y en cantidad que las de la inmensa mayoría de la clase media. Aquí sigue siendo el enfermo algo sagrado para el poder público y para la gente. Compárese con lo que hacen los diputados socialistas españoles... no se han ocupado jamás de la situación de los pobres en los hospitales y no puede recordarse sin ira” (332).

Esa protesta, que nace del marcado contraste que nuestro autor vivió al poder comparar las dos realidades, la alemana y la española, no hace del todo justicia a la vista de lo acontecido no muchos años después en Alemania, donde el enfermo terminaría por no ser tan sagrado para el poder público, como Marañón observó en 1920.

Como consecuencia de su inquietud social al respecto de los enfermos, se comprometió con la denuncia del problema hurdano, un problema fundamentalmente sanitario (333), pero ante el que reclamaba una implicación estatal con la mejora de las infraestructuras, ya que: “el problema del bocio endémico es un problema de civilización. Un problema cuya solución

⁴⁵¹ Marañón G. *Ensayos liberales...* pág. 216

⁴⁵² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 66

⁴⁵³ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 65

competente señalar, por lo tanto, al médico, cuya ejecución debe realizar el Estado. Y como las acciones sociales son tanto más eficaces cuanto más esquemáticamente se plantean, podríamos resumir en una palabra el remedio: caminos, sencillamente, caminos” ⁴⁵⁴ (77) y realizó un viaje a las Hurdes en 1922, en el que, como nos describe López Vega, se fijó en las deficiencias en la higiene pública, como la gran distancia que había que recorrer para enterrar a los fallecidos o cómo, en invierno, debido a las condiciones climatológicas, los entierros se demoraban varios días. Dejó constancia del día a día de los habitantes, del lugar, su dieta, la distribución de sus casas, y, en fin, tomó nota de la incidencia de diferentes enfermedades. A su juicio, dos eran las causas fundamentales del desastre: el paludismo y el hambre crónica o aguda, entonces conocida como el mal de las Hurdes⁴⁵⁵ (80,334) tomándose como algo personal que se comenzara a remediar la situación. Desde aquel viaje de abril persiguió con empeño implicar al rey en el problema. ⁴⁵⁶ (80).

Una vez conseguidas algunas mejoras, fue muy realista sobre la ingente y dura tarea que quedaba por hacer. Y aunque tras el viaje tuvo lugar lo que López Vega denomina “el principio del fin de la miseria en las Hurdes”, Marañón escribe al doctor Vidal, uno de los que iba a ir allá a ejercer: “los inconvenientes...sobre todo la lucha con gente ignorante pero llena de resabios a los que habrá que civilizar muchas veces a golpes. Anote usted a los cretinos de otra especie; caciques secretarios de ayuntamiento, diputados de todas castas, etc., con los que habrá que luchar tanto como con los propios idiotas jurdanos”⁴⁵⁷ (80).

Marañón, como tantos otros, tiene claro que no todo lo que se puede hacer se debe hacer. En este sentido, el debate ético estará siempre vigente, aunque las fronteras entre lo que se puede y se debe sean cambiantes: “La Humanidad, en su progreso maravilloso, se olvida de que hay un tope, que debiera ser infranqueable, en esa ansia, un tanto satánica, de avance material. Tiene en sus manos el instrumento mágico, pero lo emplea tanto para el bien como para el mal” (335). El ser humano como fin en sí mismo, no como medio, por lo que no dudará en expresar su opinión contraria al uso, por ejemplo, de las “drogas de la verdad”. Sería la trampa del pretendido cientificismo mal interpretado y usado: “médicos y jueces, para servir a

⁴⁵⁴ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 55

⁴⁵⁵ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 143

⁴⁵⁶ *Op.cit.* pág. 145

⁴⁵⁷ *Op.cit.* pág. 146

la sociedad, deben rechazar en principio todas las pretendidas técnicas científicas que, aplicadas, como dogmas, son puro científicismo. El respeto a la ciencia exige, ante todo, no creer más que en la ciencia verdadera y no en lo que la simula; y en este grupo se inscriben en primera línea las confesiones arrancadas estrujando el alma al reo con drogas, solas o concertadas con otros medios violentos de catarsis ” (160).

Don Gregorio ve la evolución de los tiempos, y en los últimos lustros de su vida, en los tiempo modernos, el valor de la vida humana ha cambiado y, por eso, sigue haciendo un llamado al médico en la defensa de dicha vida: “Finalmente, los tiempos modernos han impuesto un cambio radical en la valoración de la vida humana; y esta es otra de las bases, tal vez la más trascendente, de la importancia del médico contemporáneo. El hombre es estimado hoy con un criterio esencialmente económico” (154) y subraya la importancia de defender dicha vida humana, que “los médicos sigamos siendo la única clase social cuyas manos no se han manchado con más sangres que la que han derramado otros...” (336) en su opinión, porque la vida no nos pertenece sólo a nosotros: “En este sentido, cada vida humana no puede ser menospreciada, porque es, no la propiedad de nadie, ni siquiera del ser que alienta en ella, sino una parte de la gran maquinaria donde debe elaborarse el progreso del mundo” (154)

Las preocupaciones por lo social llevaron a Marañón a ser un excelente divulgador social, por ejemplo en el terreno de la sexología⁴⁵⁸ (80) y de diversos conocimientos científicos⁴⁵⁹ (77). Uno de los asuntos que llaman la atención, porque podría verse como contradictorio con esa defensa de la vida que acabamos de mencionar, es recordar que alzó su voz en la España sufriendo y pobre que se llenaba de hijos a la vez que de mortalidad infantil, defendiendo la eugenesia. En algún momento había dicho que lo hacía “Para que ninguna madre pueda decir esta gran monstruosidad que tantas veces oímos los médicos en los hospitales a las madres vencidas por el dolor de la lucha social: “Dios me hizo el favor de llevarse a este hijo mío, que era ya una carga insoportable en el hogar”⁴⁶⁰ (127). En otra ocasión refiere que “El médico de hoy, sobre todo el médico futuro, de un futuro muy próximo, tendrá a su cargo una misión trascendente muy superior a su misión genuina de curar: la misión

⁴⁵⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 111

⁴⁵⁹ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 302

⁴⁶⁰ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 45

eugenésica, la de velar por la pureza y el perfeccionamiento de la raza humana...” (112), todo ello en medio de la contradicción que supone mantener, como dijo en otro momento que: “el médico no debe, no puede aconsejar los modos de evitar el embarazo”⁴⁶¹ (64).

El impacto de Marañón, como divulgador en esos años, era grande y en referencia a este tema, Ferrándiz y Lapuente han hecho una interesante aportación defendiendo que en el pensamiento de Marañón hay una auténtica doctrina eugenésica (82). Su artículo comienza recordando cómo, a finales de 1920 y comienzos de 1930, tuvo lugar uno de los primeros intentos de institucionalización de la Eugenesia en España. Son éstos también los años en que Marañón, por entonces una de las figuras públicas de mayor relieve y prestigio de todo el país, escribe sobre el tema, aunque no llegó a escribir nunca un tratado al respecto. Sí señaló unas estadísticas realizadas por él mismo en el Hospital General de Madrid que revelaban, según sus propias palabras, “una ley aterradora”: la de que “la fecundidad de las madres está en relación directa con la mortalidad de los hijos”. En efecto, en la primera de estas estadísticas se ponía de manifiesto que, de los 7.387 hijos de una muestra de 1.534 familias de clase proletaria y media muy baja, casi la mitad (3.451) habían muerto muy jóvenes. En la segunda de ellas, Marañón ponía en relación el número de hijos de cada una de estas familias con el número de familias que conservaban la totalidad de los mismos, y descubría que esta última cifra descendía aceleradamente a partir del quinto, hasta llegar a un punto, de 13 hijos en adelante, en que ninguna de las familias de la muestra había logrado conservarlos a todos. Ferrándiz y Lapuente ven en los escritos dispersos marañonianos:

“Una auténtica doctrina eugénica, subrayando las principales líneas de problemas (biológicos, económicos, políticos, educativos y morales) que plantea para Marañón la cuestión eugénica. Intentamos de este modo recuperar una pieza que nos parece clave para comprender cabalmente el desarrollo de las ideas eugénicas en España. Marañón abogó por la regulación de la natalidad como único medio eficaz de hacer frente a la situación. Y vino a formular así una tesis aparentemente paradójica: “si las mujeres españolas parieran la mitad de hijos que en la actualidad, en cien años se duplicaba la población de España”, así como el criterio de la conveniencia de la especie. Para Marañón, el matrimonio no se ordena

⁴⁶¹ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 361

a la satisfacción de los cónyuges, sino a la creación de hijos; solo que no se trata simplemente de hacerlos nacer, sino de hacerlos vivir y perfeccionarse. El matrimonio debe ser, en suma, el esfuerzo de los hombres para perpetuar la especie y mejorarla. “La noble conveniencia de la especie está por encima de todo”, escribirá en este sentido; y también: “toda moral que se opone a las conveniencias de la raza, perece”. Lo cierto es que el pensamiento de Marañón sobre eugenesia constituye un difícil intento de mantener el equilibrio entre tradición y progreso. Si sus ideas presentan indudables vacilaciones y aun contradicciones es precisamente por eso, por querer estar a la altura de unos tiempos nuevos sin querer romper del todo, empero, con unas firmes convicciones heredadas del pasado. Sus propuestas resultan hoy, sin duda, discutibles e insuficientes como respuesta a los innumerables problemas, teóricos y prácticos, que las cuestiones eugénicas suscitan en la actualidad. Pero en el clima de extremada polarización ideológica en que fueron presentadas, entre unos sectores conservadores para quienes la discusión pública de las cuestiones eugénicas era motivo de escándalo, y los sectores más radicalizados de la sociedad, que parecían a veces querer convertir la eugenesia en un instrumento más de agresión política, las posiciones de Marañón representaban una tercera vía de moderación y concordia que acaso constituyese la mejor condición de posibilidad para el desarrollo de la eugenesia española. La contribución de Marañón, en este sentido, resulta enormemente significativa. Nuestro trabajo no ha pretendido otra cosa que presentarla en sus internas conexiones e inconsistencias. También las convicciones religiosas, sin embargo, terminan cediendo paso a unas convicciones que parecen tener en Marañón un alcance todavía más amplio que aquéllas, su fe en lo humano universal, que trasciende cualquier forma particular de código religioso. Así, el consejo médico arriba expresado estaría condicionado siempre a que “se cumpla rigurosamente y de una manera bilateral. Porque si el marido tranquiliza su conciencia con la separación material de la mujer legítima, pero tranquiliza a la vez sus instintos en el adulterio, como ocurre casi

siempre, el médico debe tener el valor de aconsejar lo menos malo para la Humanidad, para el hogar, para el propio individuo, y seguramente para Dios, esto es, el amor entre los cónyuges, aunque sea, para la especie, intrascendente". (82)

2.17 LA SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

A nuestro autor le tocará vivir la instauración de este fenómeno de la socialización de la medicina, matizando diferentes aspectos de la misma. Pareciera que ve peligrar el nivel científico ante esta nueva aparición: *"Nuestra promoción y las próximas a las nuestras, todas juntas forman la generación que alcanza de la medicina científica a la medicina socializada"* (267), y es que Marañón teme por el hecho de que la investigación, tal y como él la ha vivido y concebido, se vea resentida ante el fenómeno colectivo de la medicina: "Los rumbos colectivos que la medicina ha tomado, la conversión del solemne "sacerdote" que era el médico antiguo en el pobre burócrata que es el médico de hoy , implica, como primera consecuencia, el apartamiento de la investigación. "

Por un lado, define la existencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad como un hecho trascendente (267) y, de hecho, aceptó su nombramiento como asesor médico de la Jefatura Nacional del mismo. Como se sabe, esto fue el antecedente directo de la Seguridad Social. Fue José Antonio Girón de Velasco, ministro de Trabajo, quien le propuso para el cargo, en 1957.⁴⁶² Marañón pensaba que, en un futuro el médico de seguros habría de ser uno de los personajes más importantes de la sociedad (97), no siendo precisamente esta la realidad a día de hoy en nuestro entorno. Marañón asume que esta socialización pueda ser probablemente necesaria:

"Hoy pasa la medicina por una fase de socialización que, repito, es probablemente necesaria. Mas es absolutamente seguro que es sólo una fase transitoria de su evolución. Por su naturaleza, es la Medicina la profesión y la ciencia más ligada a la intimidad de la vida humana y por eso está hoy apresada, de lleno, por la actualidad del momento social que es fundamentalmente colectivista" (105).

⁴⁶² López Vega, en su tesis, ya mencionada *Gregorio Marañón, biografía intelectual...*, 2007, p. 587

Desde luego, Marañón teme con un miedo que se convertiría en profecía cumplida, la burocratización que tenderá a arrastrar al médico:

“Entre las muchas consecuencias de este cambio, hay una que aunque sea brevemente me interesa tocar y es la rápida transformación de la situación del médico ante la sociedad. El tema que más apasiona hoy a los médicos de todo el mundo, es el llamado Seguro de Enfermedad. Se le ataca o se le defiende con pasión; pero suele omitirse un hecho fundamental y es que la burocratización de los médicos es una consecuencia inevitable del maravilloso progreso de la medicina “ (285).

Marañón ve que la socialización de la medicina traerá consigo que el médico se convierta en funcionario. En un sentido, se resigna a eso, pero dando entender que él no hubiera elegido ser médico de haber vivido esa realidad en su época de estudiante (285). En cualquier caso, ve como evidente que, en un plazo muy breve, la Medicina se socializará, piensa nuestro autor ingenuamente, en toda la tierra. Con la crisis del actual régimen económico, ocurrirá la conversión de la Medicina en una función del Estado (112).

En definitiva, creemos que el compromiso social del médico Gregorio Marañón fue ejemplar, y queda bien retratado en las palabras de Ferrándiz cuando dice de él:

*"es el científico blindado bajo la bata blanca a la vez que el hombre de socorro inmediato. Es el viajero de los congresos internacionales pero, a la vez, el enviado para traer el remedio contra las epidemias de gripe, las víctimas del tifus exantemático o la viruela. Nunca parece estudiar para sí mismo o para la celebridad"*⁴⁶³ (83).

⁴⁶³ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 4

2.18 LA GENEROSIDAD TRANSFORMADA EN DOCENCIA

Difícilmente un médico, entiéndase un médico en la trinchera clínica, hará bien su labor si no tiene interés en desarrollar una labor docente, que empieza por lo que tiene que aprender y enseñar en el mismo acto clínico. En primer lugar, ante el paciente, en un flujo constantemente bidireccional y a cuya vivienda mental tendrá que viajar (337) para conocer, tanto al enfermo como lo que le sucede. Posteriormente, una vez decidida la pauta a seguir, dar la información adecuada, o sea, adaptada para que la persona que consulta haya entendido qué pasos le toca dar. Por eso, el médico que ve pacientes debe esforzarse por hacer pedagogía diaria, haciendo un enorme esfuerzo por desandar lo andado, por hacer ahora entendible lo que a veces es tan complejo de aprehender. Y eso, individualizando. A nadie se le escapa que no es lo mismo explicar en qué consiste la presión arterial elevada, y su posible daño orgánico, a una persona analfabeta que hacerlo a un ingeniero curioso. El comprobar qué ideas tiene el paciente al respecto, verificar la información que se le da, dar las facilidades para que el paciente exprese sus dudas, contestarlas en frases cortas, concretas, ordenadas, con un vocabulario lo más neutro posible, con dicción y entonación adecuadas, con las ilustraciones que sean pertinentes, dar información por escrito, prescribir páginas web adecuadas, etc., todo ello constituye un esfuerzo pedagógico constante, que, además, se desarrolla en diferentes registros en un mismo día, agotador en ocasiones, pero imprescindible siempre. Por eso, en el ámbito de la atención primaria y también en el entorno hospitalario, se desarrollan constantemente estrategias de educación para la salud.

Pero la docencia va más allá de la diada médico – paciente. Para Marañón, quien habla de la vocación como amor al deber o el deber impuesto por el propio y espontáneo amor a la elegido (JdDH,449), la labor de enseñanza es constituyente de la misma:

“Esta es, en líneas generales, la vocación médica genuina, vocación de querer. Mas en muchos médicos, esta vocación de querer se dilata hacia dos de las formas de las vocaciones de más alta calidad, vocaciones de amor, que son la vocación de investigar, de correr en pos de la verdad, y la vocación de enseñar, la del maestro...” (132).

Por eso, nos parece importante hacer una consideraciones sobre Marañón y su idea de la enseñanza, máxime cuando el paciente va a ser uno de los protagonistas de esa pedagogía. Él insistía en llevarla a cabo con la humildad de esta fugacidad inherente a muchas de las cosas que hoy damos por válidas, sabiendo, por tanto, que lo que se enseña será siempre parcial: *“Aprender no ese saber, sino aspirar a saber; y la forma suprema de saber, es el querer enseñar. Basta con querer. Enseñar del todo es un sueño. La obra del maestro , en el caso mejor es sólo una sinfonía incompleta”* (338).

El propio ejercicio médico, adecuadamente gestionado, debería ser una fuente de humildad, ya que esta puede ser muy productiva: “Hay que hacer, de vez en cuando, este examen de conciencia. Todos nuestros errores son perdonables, a condición de que los confesemos. La medicina está muy engreída y esto es un peligro para su progreso. En cambio, un poco de humildad alguna que otra vez, tiene tanto valor como una hipótesis razonable o como un descubrimiento” (168); “la Medicina es, como profesión, excelsa; pero como ciencia, humildísima”⁴⁶⁴ (64). Si acaso hay algún orgullo, será el de ser conscientes de nuestra aportación a una obra que nos sobrepasa: “Si fuéramos capaces los hombres de ciencia del orgullo, este orgullo sólo podría fundarse en el hecho de que somos, nada definitivo, sino simples eslabones perecederos en la infinita cadena que nos conduce a la verdad”(114).

Para él, enseñar es un honor que tiene que ver con la puesta en marcha de la generosidad, que nuestro autor aconseja “extremar ante los galenos más jóvenes”⁴⁶⁵ (64). El hecho de que alguien se acerque a nosotros, deseoso de aprender, es un acicate a la conciencia y a la responsabilidad⁴⁶⁶ (81) y nuestro autor confiesa que “nada le colma de alegría y de paz como ese acto transido de divina humildad que es la enseñanza” (338). Es algo a lo que todo buen médico debe prestarse y, de hecho, Marañón dirá que desconfía de quien no quiera compartir con otros lo que va descubriendo, todo ello en clave docente: “Yo desconfío de los médicos que no sienten la necesidad de dejar consignada, para enseñanza de los otros, la maravilla viva que es para todo profesional la observación de sus enfermos”⁴⁶⁷ (225). Todo ello, en varios ámbitos, desde el pase de la sala en hospital, la consulta en la Policlínica,

⁴⁶⁴ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 367

⁴⁶⁵ *Op.cit.* pág. 351

⁴⁶⁶ Varios autores. *Marañón, actualidad anticipada...* pág. 101

⁴⁶⁷ Marañón G. *Vida e historia...* pág. 166

escribiendo libros de referencia, aspirando tal vez a ese epítome que, según él, todo hombre de ciencia debería tener, como cuando, a propósito de un ensayo dedicado al cirujano Reynaldo do Santos, nos dice:

“El hombre de ciencia no lo es por entero si no es un maestro integral; y digo integral, cuando no sólo enseña lo que sabe, por el hecho de decirlo o escribirlo, sino cuando se impone, se crea a sí mismo el deber de la directa, de la humilde pedagogía diaria. La que consiste en instruir al discípulo en todo, desde el conocimiento básico hasta cómo debe recoger y cuidar el utensilio de trabajo. Esta pedagogía de plenitud se cumple sólo en una paciente, anónima, testaruda, suave labor de cada día, en la Clínica, en el laboratorio, en la calle, donde sea; pero no se corona si no se escribe el libro pequeño, práctico, el modesto y trascendente epítome...”⁴⁶⁸ (64,130).

O, en ocasiones, la docencia tiene lugar en esas sesiones clínicas de los sábados que tenían lugar en la cátedra del doctor ⁴⁶⁹ (89), esas sesiones de las que había hablado ya a finales de los años 20, cuando empezaban a ser un hábito y en las que se puede hacer pedagogía de lo cotidiano: "Es inevitable que en las sesiones clínicas se dedique parte del tiempo a casos clínicos y pequeños problemas ...pero acaso también es esto una de sus ventajas , porque nuestra ciencia se alimenta, como los hombres, tanto de manjares selectos como del pan nuestro de cada día ..." (272).

Marañón se identifica plenamente con la vocación de enseñanza: “La enseñanza ha sido mi vocación de siempre, y la que espero que nunca me abandonará”⁴⁷⁰ (79) y, desde luego, no es nada fácil ser un buen maestro, ya que reconoce que “un buen maestro es eficaz, aunque todo lo demás sea malo. Claro que, entonces, para ser él simplemente bueno, requerirá un alma esforzada, una vocación religiosa y un temple indomable de voluntad ... ningún maestro

⁴⁶⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos* ... pág. 388

⁴⁶⁹ Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda*... pág. 104

⁴⁷⁰ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal*... pág. 307

es bueno si no tiene ribetes de sacerdote y de héroe” (339). Sus discípulos dan testimonio de eso, precisamente, de que supo ser un buen maestro incitante. Martínez Fornés dirá de él:

“Más que una escuela médica de pensamiento, el maestro nos impregnó el alma con un nuevo estilo de ejercer la Medicina. Un modo riguroso, respetuoso con la Naturaleza -enfermedades de las que se muere y enfermedades con las que se vive- buscando con el mismo empeño la enfermedad en el hombre y al hombre en la enfermedad. Procurando ver al paciente en su totalidad: organismo, espíritu, historia y proyectos. A su lado aprendimos que la deontología no es un código de obligaciones y prohibiciones, sino el arte de ser hombre con dignidad... Don Gregorio llegó a ser nuestra conciencia. Ante una encrucijada, nos era fácil orientarnos. Bastaba escoger el camino que aprobaría el maestro. Y era –sin excepción- la senda adecuada. ... fue un maestro incitante frente a un profesor irritante ... Cuando su mano izquierda -con ademán cálido y cordial- se apoyaba en nuestro hombro, fundiéndose con él se sentía uno armado caballero”⁴⁷¹ (217)

2.18.1 Maestro versus profesor.

Marañón dedicó varias páginas a distinguir “maestro” de “profesor”. Prefiere distanciarse de la labor profesoral, más distante de los alumnos y más acorde con la sabiduría oficial y acercarse a la cercana labor magistral. De su título de profesor, nos dirá que nunca lo ha puesto en un marco y que prefiere olvidarlo en el portal cuando sale de casa. Para él, el maestro es el amigo fraternal de los discípulos, mientras el profesor recita conocimientos (340) ; el maestro enseña y ama, mientras que el profesor sabe y enseña⁴⁷² (89,341); los maestros terminan, no por tener alumnos, sino haciendo discípulos ya que estos le siguen más a él que, incluso, a sus ideas (253). Por eso, cuando el estudiante mira atrás , nuestro autor le avisa de lo que recordará:

⁴⁷¹ Santiago Martínez Fornés en el prólogo a: Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 9

⁴⁷² Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 110

“cuando cualquiera de vosotros, desde la cima de vuestra vida, recuerde sus años de estudio, pensará que para cada asignatura tuvo su profesor; pero cuando se hable de maestros, entonces nombrará, entre todos los profesores, a uno sólo, a dos: al que, además de enseñarle las cosas, la asignatura que, a la larga, es siempre lo menos importante, le dio la lección suprema del modo de amar la verdad y la lección del gesto, lleno de generosidad, ante la vida” (341).

La lección suprema del modo. En eso insiste Marañón. Los maestros nos dejan huella y los recordamos más por su forma de ser, más que por la transmisión de esos conocimientos que bien podemos encontrar en los libros, por imprescindibles que estos sean:

“Una vez más aprendí , en fin, porque no se acaba nunca de aprender, a pesar de las horas y de los años dedicados al estudio y a la meditación; una vez más aprendí la lección suprema de que los maestros no enseñan cosas, sino modos. Los que no enseñan modos, los que enseñan únicamente cosas, han perdido su tiempo. Y los que no aprenden los modos, sino sólo las cosas, han perdido su tiempo también” (342,343)

Porque, como decía Martínez Fornés, más que una escuela de pensamiento, Marañón enseñó a sus discípulos más directos -y a nosotros, más a distancia- modos, maneras. No era algo que él no tuviera claro, porque esa es una de las características esenciales del maestro: “... se ha dicho repetidas veces que hay muchos profesores, muchos catedráticos, pero pocos maestros. Con la misma verdad podría repetirse que hay muchos alumnos, pero pocos discípulos. El simple alumno aprende lo que le enseñan y se va sin llevarse nada del maestro, pero, sobre todo, sin dejar en el maestro nada suyo. Las cosas que se aprenden no son de nadie. Están en todas partes, en los hombres, en los libros, en la vida , a disposición de quien quiera tomarlas. Por eso, el verdadero discípulo no es el que toma de su maestro las cosas, sino los modos...y a su vez, deja en el maestro modos y cosas suyas, esenciales...” (344).

Por eso la importancia de mantener el contacto con los maestros en la medida de lo posible, y seguirse nutriendo de dichos modos: “Yo, lo que no he olvidado de mis tiempos

universitarios, ha sido la plática con los maestros a los que acompañaba fuera de la cátedra para recibir de ellos un consejo o una aclaración; o, simplemente, si era un maestro autentico, para aprender de ellos el modo de ser y el de vivir” (116).

Así pues, la asignatura en sí, es, a la larga, lo menos importante. Para empezar, ya dejó dicho que un buen estudiante no puede estudiar todas las asignaturas con el mismo interés y, como dijera de Baroja, era “mal estudiante porque era inteligente” (92), porque no se puede estudiar materias tan variadas con el mismo interés, y, por otro lado, porque el contenido de las mismas tiene fecha de caducidad; por eso él habla de la asignatura como circunstancia, cuyo contenido hay que saber, pero prevenidos ante su provisionalidad:

“El deber que se nos exige ha de ser tan sólo un pretexto para inventar otros deberes. Mas en este afán pedagógico, que es mi fundamental vocación yo pretendo enseñar no el programa de mi asignatura, porque las asignaturas son sólo circunstancias, sino otra cosa más permanente y más fundamental, que es la Medicina antidogmática. Y con esto quiero decir a los que trabajan a mi lado que no olviden nunca que cada cosa que los médicos sabemos hemos de procurar saberlas lo más exactamente que nos sea dado, pero a conciencia de su posible valor provisional y, el vacío que queda entre la imperfección de la verdad que poseemos y la perfección de la verdad que deseamos, hay que intentar rellenarlo con entusiasmo y buena fe y sobre todo con una dosis copiosísima de modestia” (126).

Por eso, él transmitirá a sus alumnos de doctorado una preocupación mayor por el *postgrama* que por el programa:

"No os preocupéis de textos ni de programas. El texto nos lo darán los enfermos que veamos ...en Medicina nada se puede prever...el mejor alumno será el que haya visto más enfermos y el que mejor los interprete. Y como es ésta una asignatura del doctorado y el ser docto no consiste sólo en saber sino "en el modo de ser y de saber" (345)

“Algo más importante que el aprobado, no merecido, pueden obtener de mi actitud respecto a ellos, a saber: el que, desde le primer día se les trate con lealtad y no con la trama de mutuos engaños que forman casi toda la relación entre maestros y discípulos en la Universidad actual, y el que quede inculcada en ellos, en los que previamente apruebo, la idea de que aprender una disciplina científica no es solo saber una asignatura, sino adquirir una serie de formalidades, responsabilidades, de detalles de la conducta, que pueden, tal vez, nacer de esa lealtad nuestra y convertir la indiferencia de ellos en vocación futura” (279).

Marañón se anticipa con su frecuente capacidad visionaria, señalando el problema de la limitación que supone restringir la evaluación a los exámenes, asunto que todavía perdura de manera endémica en nuestro entorno. Difícilmente se evaluará al médico tan sólo por ello, en especial a la hora de evaluar la vocación: “El examen no puede informar de la formación intelectual del estudiante , y mucho menos de lo que más importa; de su vocación y su capacidad moral” (114). De hecho, Marañón parece prescindir en ocasiones de los mismos, tal como nos dice prologando un libro de Joaquín García Morán, quien había sido discípulo suyo, aprovechando para matizar las claves del maestro:

“Yo fui maestro suyo, sí, no sólo porque estaba matriculado en mis cursos, sino porque le enseñé gestos, modos, posibilidades, quizá sueños. Cosas de las que se sirven para contestar como un papagayo ante un tribunal, pocas. Y le conocía también que no tuve que examinarle nunca; ni tampoco a los demás. Sólo se examina lo que se ignora. Y si el maestro ignora a sus discípulos, ya no es maestro ... ser maestro no se puede ser bueno o malo, sino maestro o no. Los que se llaman malos maestros, es que no lo son” (346)

Don Gregorio recuerda a los jóvenes: “Hay un ejercicio que conviene a la juventud ... la contemplación y el estudio de la vida y los gestos, de la conducta, de los hombres extraordinarios”⁴⁷³ (127), y nos dirá que ser maestro es, ante todo, dar y por eso el enseñar,

⁴⁷³ Marañón G. *Raíz y decoro de España* ... pág. 58

como maestro u no como profesor, se parece tanto a amar (347). Enseñar y aprender son como las dos caras de la misma moneda. Ya nos ha dicho que “...el saber no es sólo saber, sino, a la vez, saber y dudar y, por lo tanto, no saberlo todo ... ” porque “estar al día es una quimérica aspiración” (126). Señala de nuevo, contrastando el quehacer profesoral con el magisterial que:

“La dimensión más eficaz del magisterio ...es la conciencia de que enseñar y aprender son una cosa misma ; la conciencia de que el maestro aprende el último grado de su misión magistral cuando habla; y que el oyente cuando escucha enseña a su vez todo lo que enseñar tiene de patético, que no es lanzar ideas como se lanzan cohetes, sino dejarlas caer como si fueran semillas y el sembrar es siempre un doloroso albur. El de los cohetes es el profesor ; el de las semillas, el maestro” (347).

Eso sí, cabe una cierta selección para que el campo de siembra sea el más adecuado posible: “sembrar la sabiduría a voleo es tan peligroso como arrojar el grano a la tierra con los ojos cerrados” (107), con la esperanza de que el fruto puede llegar mucho tiempo después del aprobado. Como dijera en 1956 con motivo del fallecimiento de Carlos García Peláez, uno de los cirujanos del Hospital Provincial de Madrid: “Sabía encumbrar a los aprobados, a veces a los mismos suspensos, cuando habían recibido la buena semilla que puede germinar mucho tiempo después de que el profesor firme la papeleta de examen” (348).

El maestro, eso sí, si quiere serlo con eficacia, no puede permitirse el lujo de dejar de recibir, aprender, como a toda sístole generosa ha de preceder la diástole adecuada, por lo que no ha de dudar de su papel de aprendiz crónico, de ignorante de muchas cosas, eso sí, en rehabilitación continuada, de estudio continuado con el ansia de seguir aprendiendo: “los que estudiamos como si todavía fuéramos estudiantes, porque sabemos que sólo siendo estudiantes se vive con plenitud” (162); “el verdadero maestro ha de saber , con toda naturalidad, saltar desde su púlpito profesoral al banco del oyente. Si no, está perdido ... si es cierto que enseñar es también aprender, , hay que mirar la verdad desde su anverso y desde su reverso “ (96), “el maestro verdadero se llama sembrador de ideas...pero el sembrador que viene del campo ha dejado allá la tierra fecunda, y trae su saco de grano vacío. Si quiere seguir

sembrando lo tiene que llenar otra vez. El maestro verdadero , cuando ha enseñado con amor - es decir con eficacia- y no como quien repite una cantata, experimenta esa sensación de vacío, dolorosa y dulce a la vez. A ningún gran maestro le gusta repetir sus cursos” (349).

Este ingrediente filial es predominante en Marañón:

“Sólo se aprende con amor. Hay que amar primero y después aprender. Es, pues, inútil enseñar nada, si no está antes el espíritu permeabilizado, con los poros abiertos, por un sentimiento de afección entrañable hacia las personas que enseñan, hacia el ambiente en que la enseñanza se da o se toma y hacia las cosas que se quieren aprender . Y ese amor previo e inexcusable no se crea con palabras amables, sino con un contacto largo y a prueba de sinsabores con las personas, con el ambiente y con las cosas” (350).

“Somos competentes en todo aquello que amamos y tal vez sea esta la condición fundamental del saber” (351).

Como tantas veces nos ha dicho nuestro autor, la verdad científica es fugaz “la verdad en la ciencia, es sólo la fe con que en cada instante creemos poseerla. Es verdad, mientras no deja de serlo” ⁴⁷⁴ (225). Nuestra labor es ir siempre pasando la antorcha a otros que seguirán y completarán nuevos tramos de la ruta: "En la ciencia, que es ascensión perpetua, lo importante no es lo que se hace en sí, sino lo que tiene nuestra obra, y más aún nuestra conducta, de antecedente para lo que los demás puedan hacer mañana" (179). Y, conviviendo con la inestabilidad de la verdad científica, mientras vamos descubriendo cómo rellenar adecuadamente las lagunas, ha de ser compensado con el estudio profundo de los valores permanentes:

“Ese veloz aparecer y desaparecer de nuestros conocimientos , es la razón más profunda ... de que volvamos con insistencia la vista hacia atrás , hacia las etapas remotas del mismo surco que vamos abriendo.

⁴⁷⁴ Marañón G. *Vida e historia...* pág. 168

Todo lo que tiene de fugaz una gran parte de nuestros conocimientos actuales se ha de compensar con el estudio profundo de lo que el pasado guarda como valores permanentes” (198).

Marañón plantea su magisterio en contraposición con la sabiduría oficial de las cátedras, a las que considera “reductos inexpugnables” (339), motivado principalmente por un sentido de la responsabilidad y persiguiendo un anhelo de claridad:

“Y esta enseñanza mía, que quisiera exhibir ante vosotros, no ha sido de profesional y protocolaria, de ir a la cátedra a recitar mi lección. Sino la de procurar que cada palabra pronunciada o escrita y que cada gesto mío, en cada uno de mis días, estuviesen impregnados de las dos razones inequívocas del enseñar; es decir, del sentido de la responsabilidad y del anhelo de la claridad”⁴⁷⁵ (79).

Y, junto al fondo y dependiendo de él, está la forma, siendo la claridad uno de los aspectos principales a perseguir.

2.18.2 La claridad docente

Aquí, una vez más, es Diego Gracia quien nos hace ver la sorprendente coincidencia de este imperativo marañoniano del orden, la claridad, y la sencillez, con el canto que Ortega hizo en varios de sus escritos al tema de la “elegancia”⁴⁷⁶ (79). Para Marañón “Vale más la claridad que cabe en el hueco de la mano que un río de turbia erudición no criticada”(126), recordándonos que “el exceso de erudición empaña la claridad de ideas. La mente del investigador, al detenerse en demasiados puertos, se llena de algas y moluscos parásitos” (185), y señala que el científico corre el riesgo de dejarse seducir tanto por la retórica como por el hermetismo; y ambos casos como consecuencia de la vanidad. Todo eso debe ser sacrificado, en opinión de nuestro autor, en aras de la claridad:

⁴⁷⁵ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 307

⁴⁷⁶ *Op.cit.* pág. 129

“En el lenguaje científico, ese filtro depurador se llama claridad. No es la primera vez que canto con fervor mis amores a esta deidad augusta que yo elegiría como mi musa tutelar. El hombre de ciencia, cuando se encara con el papel impoluto, para dejar allí su pensamiento y transmitirlo a los demás, no puede tener otra preocupación ni otra ambición que estén por encima de la de ser claro... sacrificando a la claridad la vanidad de la retórica y la vanidad del hermetismo, que son los dos grandes escollos en que naufraga, tantas veces, el naturalista” (125).

Núñez Gordo nos cuenta cómo Marañón creía en esto, procurando ser esquemático, de manera sencilla y clara: “Cuando explicaba Marañón, me hacía escribirle previamente un resumen de la lección en las dos grandes pizarras, una de ellas de guillotina. Así, cuando perdía el hilo de la charla, con volver ligeramente la cabeza, asunto concluido y además, llevaba la clase muy programada, con fechas, nombres propios y esquemas muy claros y didácticos”⁴⁷⁷ (217). Don Gregorio se confiesa “con la manía de clasificarlo todo” (347) y el buen maestro debe contribuir a poner en orden las ideas:

" La vocación de maestro suele manifestarse, además, por la capacidad de esquematización: la capacidad y el gusto. Gusta, en efecto, el maestro verdadero, como atraído por ellos, de los problemas confusos para decantarlos en el crisol de la meditación, para encontrarles la estructura íntima y para exponerlos después, convertidos en líneas simples y simétricas. El maestro confuso no es que sea malo ni bueno; es que por mucho lustre que le den, no es maestro" (158).

T.S Elliot dijo en una ocasión que escribir responde al deseo de vencer una preocupación mental, expresándola conscientemente y con claridad⁴⁷⁸ (352). Nuestro autor tenía esto bien claro y, sin duda, le ayudó a avanzar en la difícil tarea de hacer fácil lo complejo. Para empezar, porque mientras uno escribe, se aprende: "...el que no sabe que se escribe, ante todo, y si es

⁴⁷⁷ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 79

⁴⁷⁸ citado por Lucaks J. Sangre, sudor y lágrimas. Madrid; 2008. Pág. 31 edición digital

preciso únicamente, para aprender uno mismo y los cajistas de la imprenta, es difícil que llegue a saber cosas de sustancia " (139). Ahora bien, es obvio que Marañón caminó por las avenidas del poligrafismo, escribiendo acerca de muchas cosas, porque también nos confiesa su fruición de derramar el pensamiento en palabras: "El hombre más sabio, que escriba justo lo que debe escribir, apenas llenará unos cuantos pliegos en toda su existencia. Lo malo es -y hablo como reo de este pecado mayor- escribir lo que ya no es deber estricto, sino fruición de derramar el pensamiento en palabras" (139).

Cuando era su turno, daba las clases "siempre de pie con las gafas de concha en la mano y con el largo puntero que le servía de apoyo en la otra, cautivaba al auditorio pese a su pequeña e imperceptible tartamudez" ⁴⁷⁹ (217). De hecho, López Vega apunta que don Gregorio tenía una dislalia que podía dificultar su capacidad expresiva^{480·481} (80,83), causa de su timidez en la juventud y posiblemente de que prefiriera siempre el acotado territorio de la expresión escrita. Almodóvar dirá que "el doctor Marañón no es lo que se dice un orador, según lo entiende la generalidad, ni jamás se propuso serlo ni parecerlo en el sentido declamatorio y de improvisación" ⁴⁸² (89). Al fin y al cabo, él mismo dirá "la tartamudez de Trousseau ha servido de real consuelo a los que somos un poco tartamudos" (353) y en una ocasión le leemos diciendo que "yo, que no soy escritor siquiera sino ... un hombre que para decir cosas tiene que escribirlas" (354). Dese luego, en los archivos en audio aun disponibles, dicha dislalia no es en absoluto notable, como López Vega señala⁴⁸³. Marañón no confiaba en su oratoria: "Sé que mi voz es , de suyo poco voluminosa"⁴⁸⁴ (127); "me tengo por uno de los españoles de menos palabras de cuantos hacen una idea de contacto con el público..."(355) "he preferido leer este homenaje ... la poca confianza que siempre tengo en mi oratoria" (177)

⁴⁷⁹ Martínez Gómez-Gordo JA. *Marañón en mis recuerdos ...* pág. 80

⁴⁸⁰ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 40

⁴⁸¹ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 22

⁴⁸² Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. *Marañón o una vida fecunda...* pág. 177

⁴⁸³ Hago referencia a la conferencia "Soledad y libertad" (1937) cuyo audio se conserva en la Fundación Ortega Marañón.

⁴⁸⁴ Marañón G. *Raíz y decoro de España ...* pág. 16

“Me turba hoy el que tenía preparada una lección clínica, sin ningún ribete teórico ... y suponía que iba a ser en un ambiente recogido y ante un ambiente puramente médico. Veo que no; estoy un tanto avergonzado ...finalmente yo, que soy orador de pocos recursos y tengo que valerme de lo único que Dios me ha dado, que es la voz, de la cual el maestro Huarte decía que con ella pueden compensarse las malas oratorias de los que no están mejor dotados por la naturaleza...” (220)

Eso no es óbice para que defendiera con tesón sus posturas, aun contradiciendo las verdades oficiales, como al parecer ocurrió en la Academia de Medicina siendo joven. Julián Bergareche se refiere a un episodio que allí tuvo lugar, siendo Marañón miembro correspondiente; pertenece al doctor Bergareche y dice así: "No faltaron sonrisas de suficiencia entre los contradictores, pero contra ellos se defendió brava y certeramente, a pesar de su dislalia, el joven heresiarca de la Medicina oficial"⁴⁸⁵ (83,356).

En cualquier caso, Marañón sustituía la elocuencia por un conglomerado de sencillez, claridad y entusiasmo, como nos dice uno de sus discípulos:

“Dada la acusada personalidad del maestro, que exponía con entusiasmo real y con lenguaje sencillo, sus lecciones eran útiles y provechosas para nosotros. Don Gregorio no fue en aquella época elocuente, gracias a Dios, pues la gran elocuencia no es buen procedimiento didáctico, ya que la música agradable, la bella forma y el acúmulo de citas, siempre va en detrimento del fondo” ⁴⁸⁶ (85).

De hecho, Vara López en realidad se hace eco de las propias palabras de Marañón: “el buen maestro es aquel que, al terminar la lección nadie pueda decir si es un buen o mal orador. No brillante ni torpe. Simplemente claro y metódico, como la luz de la penumbra que no hiere ni fascina y es la que verdaderamente alumbra”, consciente de que nada hay tan difícil como enseñar las cosas fáciles (107), debiendo reducir a la quintaesencia cada problema y

⁴⁸⁵ Ferrándiz Lloret A. *Psicología de Gregorio Marañón...* pág. 22

⁴⁸⁶ Botella Llusá J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 81

presentarlo desnudo, escueto, en el menor tiempo posible (116). Las clases se deben dar con sencillez pedagógica, tal como a él se las dio Cajal, de quien dirá que: “Fue sencillo por reflexión, por deber elemental de pedagogía, porque sólo se enseña cuando se habla y se escribe con claridad esquemática, casi humilde; y porque sólo siendo sencillo el maestro, se evita a los jóvenes la sensación desalentadora de que el sabio es un ser inaccesible y excepcional” .⁴⁸⁷

De hecho, siempre elogiaré y defenderé que, ante la lección, el maestro no se apoye en una gran elocuencia. Por ejemplo, dirá también de Cajal que

“Cajal poseía, en fin, una cualidad, en apariencia negativa, pero que es esencial para enseñar bien: la falta de la gran elocuencia. No hay don artístico más admirable que la elocuencia... pero la palabra brillante es como un dulce anestésico para el cerebro del que aprende. Es mucho más fácil seguir la idea cuando ésta es expresada por una palabra exacta, pero natural y escueta y aún levemente premiosa. El secreto de la enseñanza oral reside en que la palabra del maestro sea tan llana que ni sirva de obstáculo al pensamiento ni de nube fastuosa que embote el perfil riguroso de cada idea. No hablo de otros géneros de oratoria, sino de la lección” (114).

Hoy, decenas de años después de que Marañón avisara con respecto a la importancia de ir al grano, seguimos observando una especie de gran inflación de publicaciones redundantes, y sigue siendo tendencia natural recurrir a un sinnúmero de referencias de las que sólo un pequeño grupo son las verdaderamente esenciales. Quien quiera enseñar algo, que no se obsesione por pretender un relleno innecesario. En sus propias palabras: “El que sabe muchas cosas y las quiere adornar con muchas citas está bien que lo haga; lo malo es que algunos creen que lo importante son las citas y no las cosas y rellenan la vacuidad del pensamiento y de la observación con el torrente bibliográfico que no tiene, por sí solo, justificación ni sentido” (126).

⁴⁸⁷ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950. Espasa Calpe, 3ª edición, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.352 (122)

En su afán por buscar la sencillez y quitar lo espurio, Marañón propone a los estudiantes que lo sean de un solo libro a ser posible, para lo cual no duda en citar nada menos que a Juan Huarte, de quien Marañón escribirá muy favorablemente, y que ya en el siglo XVI recomendaba en su Examen de los Ingenios (Baeza, 1575) “que los estudiantes no tengan más que un libro que contenga llanamente la doctrina y en éste estudie; y no en muchos libros, porque no se desbarate y confunda” (107). Dejando hablar al maestro, a propósito de esta cita:

“A medida que pasan los años y aumenta mi experiencia pedagógica, me convenzo más y más de la exactitud de esta sentencia ... yo aconsejo, no ya a los estudiantes, sino a los profesores y a los sabios -si a estos los pudiera aconsejar- que tengan en su mesilla de noche el epítome elemental en que aprendieron las primeras nociones de la Ciencia, para refrescar cada noche la espuma de la sabiduría reciente y complicada de hoy con la vena clara y tranquila de la ciencia de ayer y de siempre. Lo que aprendemos el primer día que aprendemos cada cosa es siempre el más importante”(107).

"A la cabecera del enfermo no tengáis nunca el último libro ni la última revista, sino el texto elemental...las horas de serenidad, de silencio, las más fecundas reservadlas a releer las nociones básicas, que creíamos archisabidas, pero que en realidad, no se acaban nunca de llegar a conocer..." (345).

Uno ... o dos libros, como dice en clave de concesión amigable ante Antonio Piga y Luis Lamas, con motivo de los dos volúmenes que publicaron relacionados con la epidemia de gripe del 1918-19 y volviendo a subrayar la importancia de que no desconectemos de lo básico, en medio de la avalancha de revistas: “El médico práctico, agobiado de enfermos graves, sin tiempo para quitar las fajas de las revistas y menos para coordinar todos los datos dispersos que desde todas partes del mundo llegaban, encontró en las páginas de los dos volúmenes de Piga y Lamas un orientación exacta ...” (335) . Marañón defiende la “Medicina del libro” , en trance de morir, frente a la de las revistas (162). Eso sí, para él , el libro de ciencia no es otra cosa que un punto de partida y no estaciones de término (185) , es aquello con lo que hay que compartir las horas de meditación y estudio para avanzar de verdad, frente a la pléyade de

congresos un tanto estériles de poso de conocimiento (“...en la época de juventud creía en los Congresos, época por la que se pasa como por la de la tos ferina...” (357). Ante el afán desmedido por las conferencias, de las que él fue tan protagonista, y que aconseja duren entre cuarenta y cincuenta minutos⁴⁸⁸, pero de las que no duda en decir: “La asimilación de los conocimientos no consiste en esto... sino en la meditación de lo que escuchando se ha aprendido; labor larga y compleja que requiere la soledad con el libro abierto en la mesa” (358). Es más, en su afán sintetizador, propone que puede llegar a ser el resumen de toda la vida científica. De hecho, como ya hemos mencionado, Marañón aboga por la necesidad de que todo científico tenga, al menos, un libro final, un epítome que corone todos esos años de labor diaria, que le pueda servir al discípulo.

2.18.3 Marañón y la universidad.

Si a día de hoy no ha cesado el debate sobre el funcionamiento de la Universidad en nuestro país, desde luego Marañón tuvo bastante que decir con respecto a ella en su momento. En primer lugar, su vocación docente cristalizó en el ámbito universitario también: “Yo amo, sí, profundamente a la Universidad, porque nada me colma de alegría y paz como ese acto transido de divina humildad que es la enseñanza. Amo a la enseñanza como a lo que está más cerca de mí, como a los míos. Y es lógico que así sea, porque amar es dar “ (338) y para él, el paso por la misma debe dejar una huella profunda de ética intelectual y social ⁴⁸⁹ (79), aunque reconoce que “la fundamental y cotidiana tarea universitaria la realizan los hombres de talla media, bien preparados y con profunda vocación”. ⁴⁹⁰

No oculta su crítica cuando dice que la universidad que él vivía tiene dentro, en ocasiones, “una trama de mutuos engaños que forman casi toda la relación entre maestros y discípulos”(279). En su *Crítica a la Medicina Dogmática*, no duda en hablar de lo que él considera una masonería del profesorado, que pretende crear un monopolio del saber para

⁴⁸⁸ Marañón nos dirá que “La experiencia de mis largos años como conferenciante me ha enseñado que los tiempos imponen a estos actos un tiempo que debe exceder de los cuarenta minutos, para no ser descortés, pero no pasar de los cincuenta, para no ser enfadoso” (OC III 987)

⁴⁸⁹ Varios autores. *Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal...* pág. 308

⁴⁹⁰ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950. Espasa Calpe, 3ª edición, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.371 (122)

beneficio de unos cuantos, no siempre los mejores en la materia (126), constituyendo a veces, no sin cierta clave de humor, “un gremio gris y soso de profesores” (328). Por eso, define a las cátedras como reductos inexpugnables (339)⁴⁹¹ y hace una distinción entre la sabiduría que podríamos llamar oficial, que campa a sus anchas en los recintos de la universidad, y la de los maestros que llevan lo mejor de su pedagogía fuera de los mismos: “El maestro libre es otra cosa que el catedrático. Enseña elásticamente lo que quiere y a quien quiere, por eso los grandes maestros, que suelen estar adscritos al profesorado oficial, hacen lo mejor de su obra pedagógica al margen de la cátedra. Y así se renuevan ellos a su vez” (116).

Para Marañón, un problema endémico que ve como origen de todo esto, es el sistema de “*las odiosas oposiciones de España*”⁴⁹² (80), tema al que dedicó múltiples páginas llenas de crítica⁴⁹³ (85,359,360). Incluso, en el terreno de lo anecdótico, vivió una experiencia nada fácil cuando protagonizó una polémica, a propósito de un concurso de oposiciones para asignar la cátedra de Clínica Médica de la Universidad de Barcelona celebradas en 1920 y en las que se perjudicó al joven y brillante Carlos Jiménez Díaz...”⁴⁹⁴ (80). Marañón protestaría enérgicamente en la prensa, lo que supondría un enfrentamiento con Royo Villanova de tal calibre que, como describe Gómez Santos, se desafiaron a un duelo que posteriormente los padrinos fueron capaces de desactivar. Para nuestro autor, la oposición constituye una errónea manera de medir al médico que sabe medicina, al rendirse ante el brillo teórico de la erudición. Su propia experiencia tiene mucho que ver en esto:

“El año 13 gané, por oposición, la plaza de médico del Hospital.

Acababa de terminar mi carrera y no sabía curar un enfermo, pero hice unas oposiciones muy brillantes, brillantísimas. Me dieron el número uno. Y de ahí nace mi odio a las oposiciones, porque yo fui el ejemplo viviente de cómo se pueden hacer unas oposiciones y ganarlas brillantemente sin saber más que teorías. Ahora, que sé bien la

⁴⁹¹ Marañón, G. “El problema de la segunda enseñanza”, prólogo a S. Alvarado, Anatomía y fisiología humanas con nociones de higiene, Gráfica de la S. G. de P., Barcelona, 1934 (OC, I, pp. 137-139), p.138

⁴⁹² López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 288

⁴⁹³ Botella Llusí J, *et al Homenaje a Marañón...* pág. 35

⁴⁹⁴ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 138

Medicina, no podría hacer unas oposiciones, porque las perdería ante un jovenzuelo con desparpajo como entonces yo” ⁴⁹⁵ (93).

Entiende perfectamente las razones por las que se llevan a cabo: “1) lo hacemos porque queremos, 2) muchos “nombres gloriosos” sacaron su plaza por oposición y 3) es la única garantía de justicia en un país de favoritismos”. ⁴⁹⁶ Pero, para nuestro autor, “la causa de los defectos de nuestro profesorado ... reside en el modo de reclutarlo, en las bárbaras y anticuadas oposiciones, vergüenza y cáncer de las Universidades españolas”(135). Concede que, en ocasiones, “puede, el opositor bueno, ser mañana un gran profesor; pero lo será después de haber triunfado de otras oposiciones durante muchos años”(361). No obstante, la etiqueta contundente de “cáncer”, Marañón dice haberlo oído ya a otras voces autorizadas aparte de la suya: “He llamado a las oposiciones , en momentos solemnes para mí, “el cáncer de la ciencia española”, frase que había oído a quien con méritos infinitamente más altos que los míos me había precedido en el mismo lugar” (249). Pensando en un horizonte más amplio, también señala: “los hombres que cultivan la ciencia y de modo muy especial la medicina, se han formado en el funesto ambiente de las oposiciones” (272). Él, tan crítico con el cientificismo, señala que, precisamente en el ejercicio de dichas oposiciones se valora todo eso que, en su opinión , ni tan siquiera sirve para el correcto ejercicio magisterial, como es la erudición improvisada e impresionante (135). No podemos por menos que cerrar esta reflexión con la paradoja de que, finalmente, a Marañón se le asignó la Cátedra de Endocrinología. Las circunstancias del momento las explican Argente, Pozo y Casanueva ⁴⁹⁷ (77):

“En julio de 1931 se produce un hecho que representa en España la consagración docente de la Endocrinología como especialidad separada de la Patología Médica. Por decreto de la Presidencia de la República, se dispuso incorporar la Endocrinología a las asignaturas de doctorado de Medicina de la Universidad Central. Aunque no cabe duda de que fue creada expresamente para Gregorio Marañón, no era la primera vez que una cátedra era adjudicada *ad personam* en aplicación de la todavía

⁴⁹⁵ Gómez Santos M. *Diálogos españoles...* pág. 92

⁴⁹⁶ Marañón, G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Viento Sur, Santander, 1950. Espasa Calpe, 3ª edición, Madrid, 1951. OC VII, pp.297-377; p.371-2 (122)

⁴⁹⁷ Varios autores. *Revisión de la obra médica de Marañón...* pág. 316

vigente ley de 1857. De no haber sido así , nunca se hubiera presentado a ella; ya que, su actitud contraria a las oposiciones, como método de elección del profesorado, era notoria desde la carta que publicó en el periódico *El Liberal* en 1920 en defensa de Jiménez Díaz, con motivo de las oposiciones a la cátedra de Clínica Médica de la Universidad de Barcelona, que este había perdido injustamente frente a un opositor de manifiesta incompetencia, recomendado por Lerroux. El propio Marañón lo confirma, cuando en su primera lección magistral como catedrático, el 16 de octubre de 1931, en la Facultad de San Carlos, titulada “Veinte años de Endocrinología” , afirma: *“yo nunca hubiera hecho oposición en el sentido oficial de la palabra: para ser leal con mi criterio, tan reiteradamente expuesto, de combate inexorable contra este método antipedagógico y anticientífico de provisión del profesorado”*. En cualquier caso, y pese a la autoridad científica de Marañón, el nombramiento fue motivo de numerosas críticas en la prensa. En la Junta de Facultad donde se trató el tema, el 14 de julio de 1931, el propio Jiménez Díaz se muestra contrario a la adjudicación de dicha cátedra, aunque no por la persona de Marañón, sino porque considera innecesaria la creación de una nueva enseñanza médica, proponiendo que se nombrara a Marañón catedrático de Patología Médica, propuesta que fue aceptada unánimemente por la Junta de Facultad. Pese a ello, ese mismo mes de julio, el doctor Marañón fue nombrado , por orden ministerial, profesor de Endocrinología de la Facultad de Medicina de Madrid, tomando posesión de ella el 31 de julio de 1931. Por decisión del claustro, la cátedra quedó incorporada al Instituto de Patología Médica del Hospital Provincial”.

Con todo, su trayectoria no pudo escapar a tener que estar, en alguna ocasión, formando parte de tribunales para oposiciones. Por un lado, nos dice que “...una de las debilidades de mi juventud... es que tuve ocasión de formar parte de algunos tribunales de

oposición " (126) , y por otro, fue obligado por Enríquez de Salamanca a formar parte de un tribunal de oposiciones en el que Marañón no quería participar ⁴⁹⁸ (80).

2.18.4 Las aportaciones de Marañón

Fernando Solsona y Ángel Ferrández Longás sintetizan lo que consideran son, finalmente, los ejes de las aportaciones de Marañón a la Medicina como saber (362):

- Descripción de síndromes pluriglandulares.
- Conocimiento de las formas subliminares de la enfermedad así como de las formas abortivas, monosintomáticas y atenuadas de la misma.
- Importancia de la biografía en la historia clínica.
- Medicina como ciencia natural.

Aportaciones a la Medicina como quehacer

- Tener en cuenta la realidad antropológica del enfermo.
- Antidogmatismo como primordial.
- Bondad como elemento cardinal.
- Consideración creciente de la especialidad.
- No perder el sentido general de los especialistas.
- Curiosidad por todo.

López Vega, en su tesis, y refiriéndonos al aspecto médico, concluye:

“Como médico y científico señalemos que como miembro de la generación del 14, Marañón contribuyó a la modernización y europeización a la que se asistió en España en el primer tercio del s. XX. ... Como es sabido, Marañón ha pasado a la historia como paradigma de médico humanista , cuya imagen está asociada en el subconsciente social a la de un galeno con un notable conocimiento de sus pacientes y con una enorme -casi taumatúrgica- capacidad psicológica para influir en el tratamiento y la curación de sus enfermos . Partiendo de esta percepción, se tenía la idea de que Marañón había

⁴⁹⁸ López Vega A. *Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal...* pág. 389

sido el impulsor de la endocrinología en España ,pero que su aportación investigadora había sido escasa. A partir del estudio pormenorizado de la obra médica de nuestro biografiado podemos afirmar que, sin ser un investigador de laboratorio como lo fueron Santiago Ramón y Cajal o Severo Ochoa, Marañón hizo sustantivas aportaciones al conocimiento y debate médico de su tiempo...se puede decir que gozó de un amplio prestigio internacional como consecuencia de algunas de sus contribuciones sobre las glándulas de secreción interna , las enfermedades infecciosas , la emoción, la diabetes, la obesidad o sus trabajos sobre biología sexual. Fue su labor científica anterior a la Dictadura de Primo de Rivera la que le conquistó un más que notable prestigio socioprofesional nacional e internacional. En concreto, su atención se centró en dos grandes áreas, el impulso de sus trabajos endocrinos y el combate contra las enfermedades infecciosas” ⁴⁹⁹

⁴⁹⁹ A. López Vega. *Gregorio Marañón. Biografía intelectual ...* pp. 723-724

CAPÍTULO 3. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN LA OBRA DE PEDRO LAÍN ENTRALGO.

*En la obra de Pedro Laín Entralgo no hay incompreensión, sino armonía.
Es en ella frecuente la comunicación entre las letras y el pensamiento científico,
entre la investigación y el arte de la palabra.*

(Marià Manent)⁵⁰⁰ (363)

*“Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese
quehacer parece ser más permanente”*

(Pedro Laín Entralgo, 1964)

3.1 La historia como maestra.

No sabemos si ese día soplaba el habitual viento que con frecuencia recorre las calles de Burgos, permitiendo hasta el día de hoy que esa bella ciudad disfrute del aire limpio y fresco, pero el caso es que fue allí, en lo que Laín denomina “ese Burgos diverso, movedizo y adventicio” posterior a la guerra civil, donde encontró su más propio camino intelectual, el de intentar conseguir un acercamiento a la antropología médica a través de la historia de la Medicina⁵⁰¹ (364). Desde entonces, se propuso indagar en ella, con el fin de que el médico contemporáneo sepa bien que no ha venido de la nada, sino que a su quehacer actual le han precedido siglos de peregrinaje intelectual y científico, con sus aciertos y errores, sus lagunas e inquietudes.

Tampoco la decisión de Laín venía de la nada. Sus maestros en el área del pensamiento filosófico fueron, de hecho, Dilthey, Scheler, Heidegger y Ortega, de quienes aprendió que es sumamente importante ejercer *la comprensión*, que no sólo es un proceso intelectual, sino también un fenómeno emocional, ya que, como nos recuerda Diego Gracia, para conocer no es preciso empatizar, pero sí lo es para comprender.⁵⁰² (365). No es nuestro objeto profundizar en el periplo filosófico del autodidacta Laín, sino más bien centrarnos en su

⁵⁰⁰ Albarracín A. *Retrato de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona: Círculo de lectores; 1988. Pág. 354

⁵⁰¹ Laín Entralgo P. *Descargo de conciencia (1930-1960)*. 1st ed. Barcelona: Barral Editores; 1976. Pág. 242, 249

⁵⁰² Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. 1st ed. Madrid: Triacastela; 2010. Pág. 401

aportación al ámbito de la relación entre médico y paciente, así como del análisis que hace de la misma. Desde luego, cometeríamos un error de calado si ante cualquier reflexión no echáramos la vista a la fructífera despensa de la historia, pero, además, en el caso de Laín, es obligado sentarnos a su lado y escuchar al maestro disertando sobre lo que la historia nos aporta a este nivel. Él confiesa que la pregunta a la que tantas veces le ha conducido su oficio universitario no es otra sino la de “¿Para qué la historia?” y él mismo se responde: “*Cuando no es rutina escolar ni erudición inane, el conocimiento del pasado puede y debe servir para entender mejor el presente y para mejor planear el futuro*” ⁵⁰³(366). Por eso Laín siempre nos ha propuesto que el estudiante no vea la Historia tan sólo como disciplina escolar, sino como un hábito intelectual para buscar la verdad a través de la misma. ⁵⁰⁴ El conocimiento de la historia –nos dirá nuestro autor– es tan necesario como el conocimiento de la realidad para el logro de un saber científico real ⁵⁰⁵ (367). Diego Gracia, sucesor en su día de la cátedra de Laín, nos da algunas claves para comprender su obra y una de ellas tiene que ver con la esperanza que nace de buscar la plenitud histórica. Para Laín, pues, la esperanza se eleva a una especie de imperativo ético, ⁵⁰⁶ que hace de la propia vida no solo una sala de espera, sino una sala de esperanza ⁵⁰⁷(368). De hecho, Laín se mueve por la “voluntad de plenitud histórica”, que define como el propósito de incorporar a cada una de sus acciones originales, ya sean intelectuales, estéticas, técnicas o políticas– todo cuanto “en mi comprensión del pasado se me haya mostrado valioso o meramente válido”. ⁵⁰⁸ Para todo ello ha de recurrir al estudio de la Historia, que no es para él otra cosa que el desarrollo y realización de unos valores que hay que ir descubriendo. Orringer, estudioso de la antropología de Laín, señala que en los años posteriores a la Guerra Civil, estaba nuestro autor “*elaborando un punto de partida en la historia, con un análisis histórico como propedéutica para hallar solución a todo problema que*

⁵⁰³ Laín Entralgo P. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Triacastela; 1998. Nota preliminar

⁵⁰⁴ Laín Entralgo P. *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico...* Pág. 5

⁵⁰⁵ Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado...* pág. 8

⁵⁰⁶ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* pág. 414

⁵⁰⁷ Laín reconoce su deuda con una aguda reflexión del escritor francés André Gide, (1869-1051), quien elogió la lengua española al considerar el letrero “Sala de espera” en una estación ferroviaria en el entonces Marruecos español. “*Quelle belle langue, que celle qui confond l’attente et l’espoir!*”. (“¡Qué bella lengua, que confunde la espera y la esperanza!”) Como bien puntualiza Laín, el español sí distingue bien entre “espera” y “esperanza”, si bien Laín admite que poética y realmente hay conexión, ya que nadie entra en una “sala de espera” para quedarse en ella.

⁵⁰⁸ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* pág. 415

se plantea la medicina”⁵⁰⁹ (369). Así pues, no se trata sólo de que el historiador ponga sobre la mesa una serie de datos. Primero está la voluntad de comprensión, con el fin de que dicho historiador persiga la voluntad de plenitud histórica. Por eso, al plantearse muchos de los asuntos en el ámbito de la medicina, Laín tiene un método constante: ir de la historia a la teoría, ya que la primera ha dejado una estela que contribuye a la formación de la segunda. Y esto incluye, cómo no, el área que nos ocupa: ¿Cómo planteó Laín el acercamiento histórico a este encuentro entre enfermo y médico? Él divide en grandes bloques la historia de esta relación: Grecia clásica, donde nace la medicina y esta despega de la concepción mágica; el periodo de la Edad Media, el que da en llamar “la sociedad burguesa” y el periodo actual, que denomina, hasta el momento en que escribe sobre el tema, “finales del siglo XX”.

3.2 El médico y el enfermo en la Grecia Clásica.

Laín se ha ocupado de infinidad de aspectos del quehacer médico a lo largo de la Historia de la Medicina. Lógicamente, la relación del médico con el paciente, no podía ser una excepción. Para él, está claro que es en la Grecia Clásica donde la medicina comienza a dejar de ser empírica y mágica. Es ahí, sobre todo a partir de Alcmeón de Crotona e Hipócrates de Cos, cuando la medicina nace como “técnica médica” o *tékhné iatriké*⁵¹⁰ (370), enumerando cinco novedades con respecto a la Grecia más antigua, que se dan en la medicina hipocrática:

1. La enfermedad se considera un desorden interno de la realidad individual del paciente
2. La causa de la enfermedad es algo natural, y no sólo atribuible al castigo divino (“no hay enfermedades que sean más divinas que otras”)
3. La práctica terapéutica deja de ser un empirismo basado en la inercia y en la rutina y se convierte en un “arte de médico”. Es novedoso el concepto de “*tékhné*”, frente al empirismo. Si hasta ese momento, el “sacerdote sanador” había aprendido a repetir, sin más, lo que tras generaciones le había sido confiado como remedio, siendo él quien

⁵⁰⁹ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores; 1997. Pág. 38

⁵¹⁰ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela; 2003 pág. 47

media entre los dioses y el enfermo, y aunque en los templos de Asclepio todavía estaría difuminada la frontera entre el sacerdote y el médico ⁵¹¹ (370), comienza a tener lugar una paulatina separación de los papeles que han de desempeñar cada cual. Ya no es cuestión de repetir, sin más, el rito sanador, sino que la creencia en la *physis* como una naturaleza que tiene sus leyes, hace que se genere un esfuerzo por saber “qué se hace” y “por qué”, con el fin de descubrir la manera de ayudar a que la naturaleza haga su papel, que tiende siempre a curar. ⁵¹²

4. Es necesario poseer una idea de lo que es la *physis*, entendida esta como la “naturaleza” del conjunto de todas las cosas y de cada cosa en particular, en un concepto divino, conjugado de armonía y unidad con capacidad de generación. Hasta el punto de que “*las naturalezas son los médicos de las enfermedades ... encontrando caminos por sí misma*” Con esto presente, para los médicos hipocráticos es importante recordar la existencia de límites a la labor sanadora de la naturaleza. El médico ha de escudriñar, en medio de las enfermedades, si se están haciendo presentes las fuerzas inexorables de la naturaleza, contra las que no se debe luchar, convirtiendo al proceso en incurable a criterio del médico.
5. Hay que conocer el *logos* de la de la *physis* humana, naciendo así la *physio-logia* constituyendo finalmente el *logos iatrikós*, la razón médica⁵¹³ (371), que permite conocer lo que es verdaderamente salud y enfermedad, teniendo en cuenta que la *physis* del cuerpo es el principio (*arkhé*) del *logos* en medicina. Por tanto la naturaleza del cuerpo humano es aquello sobre lo que el médico tendrá que aplicar su razón, su *logos*⁵¹⁴ (1) o, como matiza directamente Laín, su *logismós*, su razonamiento médico ante lo que cree que ha podido ser la causa que alteró el correcto funcionamiento de la

⁵¹¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 18, 19

⁵¹² *Op.cit.*. 53

⁵¹³ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. 2ª ed. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2005. Pág. 142

⁵¹⁴ Hernández-Clemente JC. *Comunicación Clínica*. Marnela, editor. Madrid; 2011. Pág. 18

naturaleza.⁵¹⁵ La *physis* ha de ser conocida, lo que da lugar a la *physiología* humana, naciendo así el arte de curar por parte del médico, que en ocasiones se convertirá en “médico-filósofo”⁵¹⁶ (370). Tenemos ante nosotros el nacimiento de la “técnica médica” o *tékhné iatriké*, que con tanta precisión describió Aristóteles y, por tanto, señalando a las fuentes del *Corpus Hippocraticum*, como nos recuerda Laín, el médico debe ser principalmente un servidor de su arte y, a través del mismo, servidor de la Naturaleza.⁵¹⁷

3.3 La amistad médica: un elemento esencial desde el principio

En medio de este perfil técnico que el médico comienza a tener en el ámbito helénico, Laín se pregunta cómo fue la relación con el enfermo. A lo largo de su obra, el autor gusta de poner ejemplos, llevándonos con la imaginación a escenarios en los que ilustrar las realidades a las que apunta y también lo hace con lo que pudo ser un encuentro entre médico y paciente en la Grecia Clásica. Propone Laín, basándose en los escritos de Platón, Aristóteles y en el *Corpus Hippocraticum*, que había un canon del acto médico griego: por parte del médico no podía faltar la *phylía*, la amistad tanto al arte de curar, como al paciente. Esto será algo que Laín siempre va a poner sobre la mesa: la existencia de una necesaria y correcta *amistad médica*, que hoy en día renombramos como adecuada relación de confianza ante un médico competente y cordial. Pues ya en Grecia el médico debía caracterizarse por dos cosas: su *amor al hombre* y su *amor a la técnica*. *Filantropía* y *filotecnia* es lo que se espera de él. Aunque el primero de los términos se acuñara mucho más tarde, como el propio Laín reconoce⁵¹⁸ (ME,53), el concepto estaba plenamente vigente. La ventana que Laín nos abre para que veamos esto en aquella época, es la obra de Platón, recordándonos asimismo cómo su maestro Sócrates hace unas reflexiones al respecto. Por un lado, se ve reflejado en la mentalidad griega un concepto utilitarista de la amistad (*“es el enfermo el que ama al médico a causa de la enfermedad ... el pobre es amigo del rico, el débil del fuerte a causa de los socorros*

⁵¹⁵ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica* ... pág. 144

⁵¹⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*... pág. 18, 19

⁵¹⁷ *Op.cit.* pág. 72

⁵¹⁸ *Op.cit.* pág. 53

que esperan , como lo es el enfermo del médico” (372). Coexiste con un avance en la versión ética socrático-platónica de la amistad, donde se intentan superar utilitarismo y consanguineidad como únicas bases sobre las que desarrollar la amistad. Laín nos recuerda que también Aristóteles se suma a estas reflexiones, proponiendo, en definitiva, que la amistad nos ha de llevar a querer y procurar el bien del amigo, y esto es lo que fundamenta la amistad entre médico y enfermo, en un resultado particular de la interacción entre el amor a la técnica y al hombre (de nuevo, filotecnia: amor al arte de curar y filantropía: amor al hombre en cuanto hombre)⁵¹⁹ (370). La interpretación lainiana sobre la amistad del médico hipocrático con el enfermo, se basa en el amor del terapeuta ante la perfección de la naturaleza humana, expresada en el cuerpo del paciente. Por otro lado, el enfermo será amigo del médico , tan sólo a causa del médico mismo, cuando los resultados hayan sido favorables.

3.4 Fondo y forma

Pero no sólo está el fondo. También las formas cuentan en el encuentro entre médico y paciente. Posiblemente, los primeros documentos que tienen que ver con el aspecto del médico y sus modos en su actuación terapéutica, se remontan a la época de Hipócrates. Es un tema que no ha perdido vigencia, viendo que ya, en aquella época el médico debía ganar la confianza del paciente cuidando su aspecto, y Laín nos recuerda que dos de los escritos más tardíos del *Corpus Hippocraticum* (*Sobre el médico y sobre la decencia*) describen que el médico ha de vestir con decoro y limpieza, perfumarse discretamente *“porque todo esto complace a los enfermos ...será honesto y regular en su vida , grave y humanitario en el trato, sin llegar a ser jocosos y sin dejar de ser justo; evitará la excesiva austeridad ; quedará siempre dueño de sí”*⁵²⁰ .

Muchas de las habilidades en la comunicación en las que ahora seguimos insistiendo, ya se apuntaron entonces, al recomendar al terapeuta ser *“serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto en la respuesta, difícil en la contradicción, penetrante y conversador en las concordias moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad ...; y hablará declarando con discurso , en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado, usando el buen decir ...y fortificado por*

⁵¹⁹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 52

⁵²⁰ Citado en Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 55, con la referencia L IX 204-206.

*la buena reputación que de ello resulte”.*⁵²¹ Entrando en la cámara del enfermo, el médico deberá “*recordar la manera de sentarse, la continencia, el indumento, la gravedad, la brevedad en el decir, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, el cuidado, la respuesta a las objeciones*”.⁵²²

3.5 La palabra terapéutica

“Hablar, decir, eso es lo que hace al hombre.

El idioma es el código con que un pueblo mejor manifiesta su identidad.” (Laín Entralgo, RPLE,3)

Laín ha dedicado muchas páginas a explicar el imprescindible papel de la palabra en la relación entre médico y enfermo, siendo objeto especial de su interés el mundo de la Grecia antigua. De ahí su estudio “*La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica*”, en el que aborda el tema tomando como referencia inicial la épica de Homero (el *epos* homérico). Como el propio Laín señala, “*...la palabra humana... ya no es ensalmo ni súplica, sino deliberada utilización de algunas de las acciones psicológicas –psicosomáticas, más bien- que el decir humano puede producir en quien lo oye*”.⁵²³ Por eso Laín, remontándose a los inicios, nos recuerda que la logoterapia es, en la medicina occidental, tan antigua como la cultura occidental misma. Según sus propias conclusiones, la palabra curativa revistió, dentro del periodo homérico, tres formas netamente distintas : la “plegaria” (*eukhé*), el ensalmo o conjuro (*epodé*) y el decir placentero o sugestivo (*terpnós, thelkerios logos*).⁵²⁴

Posteriormente, se posa sobre aspectos de la obra de Platón y Aristóteles, ya que durante mucho tiempo, la creencia en el poder de la palabra fue tomada en cuenta mucho más por los filósofos que por los médicos. No obstante, son de sumo interés las páginas que dedica a la palabra como elemento terapéutico en la medicina hipocrática, ya que por entonces se había establecido un modelo de relación entre médico y paciente en medio del nacimiento de una medicina con su *logos* propio.⁵²⁵ Será pues, en esta Grecia Clásica, donde se considerará

⁵²¹ Citado en Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 56, con la referencia L IX 228

⁵²² Citado en Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 56, con la referencia L IX 226-40

⁵²³ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 30

⁵²⁴ *Op.cit.* pág. 37

⁵²⁵ *Op.cit.* pág. 143

que la palabra, por sí misma, puede tener efectos terapéuticos propios, sin que se trate de la intermediación de los dioses o la fuerza de la naturaleza.⁵²⁶ Laín nos dirá que en toda la diversidad de escritos que componen el *Corpus Hippocraticum*, el *logos* es, ante todo, razón, pero también palabra expresiva y palabra comunicativa. Y aunque no desaparece la plegaria a los dioses, con más frecuencia la palabra del médico va dirigida a sus pacientes que a aquellos. El análisis que hace nuestro autor de los escritos posteriores hipocráticos concluye que los médicos de entonces se comunicaban con el paciente hasta con cinco intenciones diferentes: pregunta, prescripción, instrumento de prestigio, medio de ilustración y agente persuasivo⁵²⁷⁻⁵²⁸. Esto sigue vigente, como tendremos ocasión de explicar, aunque contextualizado al día de hoy.

3.5.1. La palabra que pregunta.

Cuando el médico hipocrático preguntaba, no se debía basar tan sólo en las respuestas del paciente, al no carecer este de criterio médico: *“Los juicios diagnósticos y terapéuticos basados en las palabras de enfermos son conjeturales y atenerse solo a ellos no es conducta de experto, sino error de ignorantes”*. *“El médico debe conocer lo que el enfermo no puede decir e inferir por tanto “lo que se puede percibir mirando, tocando, oyendo y mediante el olfato, el gusto y la inteligencia”*.⁵²⁹ Laín pone ante nosotros cómo en el tratado de la reducción de luxaciones, *“ojos, no palabras”*, es lo que se pide. De modo que nunca el médico razonará sin tener presentes los resultados de su observación sensorial. El *logismós* debe apoyarse en el *logos* o doctrina científica acerca de la *physis* humana. Hoy diríamos que lo que el paciente cuenta, con todo el conjunto de creencias, expectativas y temores, ha de ser desentrañado y reinterpretado a la luz del conocimiento médico, ya que si queremos ser clínicamente eficaces, habremos de hacer una medicina centrada en el paciente.

⁵²⁶ Hernández-Clemente JC. *Comunicación Clínica* ... pág. 71

⁵²⁷ *Op.cit.* Pág. 19

⁵²⁸ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica* ... págs. 146, 147

⁵²⁹ Hernández-Clemente JC. *Comunicación Clínica*. Pág. 20

3.5.2 La palabra que prescribe.

Al igual que hoy, se esperaba del médico hipocrático que prescribiera, indicando dietas, entendidas estas en el amplio concepto de “pautas de conducta saludables” y diferentes tratamientos. También esta función de la palabra incluye el precepto dirigido al aprendiz de medicina

3.5.3 La palabra que pronostica. Base del prestigio.

Mucha importancia tiene el juicio pronóstico para el médico hipocrático, que tendrá la doble faceta de comunicar lo que se prevé que sucederá y la de contribuir al prestigio, ya que *“el mejor médico es el que sabe conocer por adelantado”*

3.5.4 La palabra que ilustra.

Aunque se mantiene una reserva en lo referente a comunicar a otros el saber médico, esto no excluye que desde el siglo V se enfatizara el conveniente papel de educar (*paideia*) al hombre común (*idiotes*) y Laín nos recuerda que esto se ve más claro en la obra de Platón que en el *Corpus Hipocraticum*, donde, al parecer, los textos son más escasos. *“El médico –escribe Platón- comunica sus impresiones al enfermo y a los amigos de este, y mientras se informa acerca del paciente, en cuanto puede, le instruye”*, por lo que la palabra ilustrativa del médico servía para individualizar el diagnóstico y hacer el tratamiento más eficaz . Esto incluye la adecuación biográfica del tratamiento ⁵³⁰ (370). Es de sumo interés, por no haber perdido la vigencia en el ámbito de la comunicación clínica, que llevemos veinticinco siglos insistiendo en que *“si el médico no llega a hacerse comprender por los profanos y si no pone a sus oyentes en esta disposición de espíritu, no alcanzará a conocer lo que las cosas son”*. Eso sí: las explicaciones no serán iguales para todos, y la forma de dirigirse al paciente va a tener diferentes modalidades, como veremos en breve, según se trate de que el paciente sea esclavo o libre y, aún en este caso, será diferente si se trata de un hombre pobre o uno rico.

⁵³⁰ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs. 59, 61

3.5.5 La palabra que persuade.

Con un rechazo claro al ensalmo mágico que durante siglos había estado vigente, los médicos hipocráticos son exhortados a trabajar en ganarse la confianza del paciente y no sólo de este, ya que *“para combatir la enfermedad ... es preciso no sólo hacer uno mismo lo debido, mas también que el enfermo, los asistentes y las cosas externas concurren a ello”*.⁵³¹ Laín se basa en los escritos tardíos del Corpus (*Sobre el médico y Sobre la decencia*) para recordarnos todo el escenario personal que el médico debe tener presente para persuadir al enfermo de que su prescripción será la adecuada y que va más allá de la capacitación técnica. Se trata de lo mencionado anteriormente sobre el aspecto formal y externo que todo médico ha de cuidar con el fin de fortificar una buena reputación que hará más fácil que el médico persuada con sus palabras: *“hablará, declarando con su discurso, en cuanto sea posible, todo lo que ha sido demostrado, usando el buen decir”*.

Laín señala que, en los párrafos en los que se aconseja cómo hablar al paciente y comportarse ante él, tiene lugar la descripción de una psicoterapia verbal de carácter no específico, que pretende conquistar la voluntad del enfermo y serle de apoyo. *“Entrando en la cámara del enfermo, el médico deberá recordar la manera de sentarse, la continencia, el indumento, la gravedad, la brevedad en el decir, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, el cuidado, la respuesta a las objeciones”*.^{532,533} Sus conclusiones son claras: el médico hipocrático no desconoció la importancia de una psicoterapia básica y conoció la eficacia somática de la vida psíquica. En su obra *La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica*, Laín refiere que el médico hipocrático supo utilizarla, empleando la palabra sugestiva como agente psicoterapéutico. Sin embargo, en su estudio *El Médico y el Enfermo*, atribuye más a los filósofos el haber sido capaces de captar todo el potencial de la palabra y de “los bellos discursos”. Platón reconocía en el *Cármides*⁵³⁴ que esto sí se hacía frente a los enfermos libres y ricos. Sin embargo, Laín sugiere que los médicos hipocráticos no supieron utilizar a

⁵³¹ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 152

⁵³² Citado en Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs.. 55,56 (L. IX 238-240)

⁵³³ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 153

⁵³⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo. ...*pág. 60

fondo la intuición médica de Platón, y de haberlo hecho, refiere que “acaso hubiera sido otra la estructura de la medicina occidental, hasta Platón” ⁵³⁵ (370).

3.6 ¿Todos iguales ante el médico?

Como dejábamos entrever en los párrafos anteriores, la relación entre el enfermo y el médico va a estar mediada por la condición social en la época de esplendor helénico. Para ello - nos recuerda Laín- , hemos de buscar fuera de la recopilación de la obra hipocrática, ya que nos enseña muy poco sobre la medicina de la *polis*. Volvemos, pues, a Platón. Como era de esperar, el ejercicio médico se mantuvo paralelo a la estructura social de la ciudad, donde la población se dividía en esclavos y libres y estos últimos, en ricos y pobres, desarrollándose los acontecimientos de manera diferente dependiendo del estrato social del enfermo.⁵³⁶⁻⁵³⁷ (373)

3.6.1 La atención a los esclavos.

En este caso, la atención se llevaba a cabo por “rudos empíricos”, como así los denomina Laín, en lugar de por médicos debidamente formados. La individualización del tratamiento así como la comunicación en el proceso terapéutico, eran mínimas, por lo que constituían una buena parte de la clientela de los templos de Asclepio.

3.6.2 La atención a los libres - ricos.

En este caso, nos dice Laín, la cosa es bien distinta, aunque en ocasiones no se libraban de la incubación en el templo, en otras solicitaban la atención individualizada, pero , en cualquier caso, aquí sí se espera del médico, en palabras de Platón, que explique y adecúe tanto el diagnóstico como el tratamiento, aplicando en este caso lo visto anteriormente en relación a la necesidad de ilustrar adecuadamente y de hacer los bellos discursos terapéuticos y persuasivos que son necesarios para la recuperación, llevando a cabo con esmero una

⁵³⁵ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs.. 60-61

⁵³⁶ *Op.cit.* pág. 59

⁵³⁷ Laín Entralgo P. *Cajal, Unamuno, Marañón. Tres Españoles*. Barcelona: Círculo de Lectores; 1988. Pág. 275

pedagogía terapéutica ⁵³⁸ (370), dándose entonces un exquisito tratamiento curativo y dietético.

3.6.3 La atención a los libres – pobres.

Aquí nos situaríamos en un terreno intermedio, de predominio resolutivo, sin detenerse en las prolíficas atenciones que el rico habría de obtener. Laín pretende resumir el pensamiento platónico acerca de la asistencia médica comentando que, en el caso de las enfermedades agudas de los hombres libres, predomina el énfasis resolutivo; en las crónicas, el médico se detiene más en un método más individualizado y biográfico, del que, por cierto, se puede hacer un uso correcto o incorrecto por abusivo. Según Platón, *“Asclepio dictó las reglas de la medicina para su aplicación a aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por la acción conjunta de la naturaleza y el régimen de vida, han contraído ciertas enfermedades y quiso hacerlo únicamente para estos hombres...en cambio con respecto a las personas crónicamente mimadas por males internos, no se consagró a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones”*. ⁵³⁹

No es tan explícito en términos políticos el Corpus Hipocraticum, aunque seguramente, tal como nos recuerda Laín, esta división social de alguna manera modificaba la relación médico enfermo, cosa que es un reto secular constante. No obstante, Laín señala que el médico hipocrático se sentía amigo -en sentido médico- del enfermo en cuanto hombre, tratando de buscar que la *physis* recuperara el equilibrio perdido, siendo más su énfasis, en contraste con el de Platón, el de un interés más impersonal: el interés de la polis, “a cuyo servicio gana pleno sentido la dignidad del hombre”. Por eso se ha hablado en ocasiones del totalitarismo de Platón. ⁵⁴⁰ (370)

⁵³⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 59-61

⁵³⁹ *Op.cit.* pág 63

⁵⁴⁰ *Op.cit.* pág 64

3.7 El carácter ético de la relación entre el médico y el enfermo

En la Grecia Clásica, en cuanto acto humano, la relación entre el médico y el enfermo tiene un carácter ético. Ahora bien: la ética de los médicos hipocráticos, según nos muestra Laín, fue formalmente religiosa, por lo que se llevó a cabo, en realidad, lo que Laín denomina una especie de “reforma religiosa”, no tanto una secularización:

“La hazaña de los fundadores de la tékhne iatriké tuvo como fundamento un cambio en la actitud religiosa del hombre griego; pero este cambio no fue tanto una “secularización” como una “reforma”, ya que, junto a la vieja religiosidad cultural, olímpica...apareció en determinados círculos una religiosidad ilustrada , cuyo nervio más íntimo consistió en subrayar intelectualmente el carácter divino de la physis ... el naturalismo, carácter fundamental de la cultura griega, se hace doctrina religiosa y filosófica ... los filósofos son a la vez “fisiólogos” y “teólogos” ... y así sienten y piensan los médicos que intelectualmente se apoyan en ellos”.⁵⁴¹

Eso no obsta para reconocer que el rasgo central y meritorio de la ética médica hipocrática consistió en aceptar, interpretar y potenciar técnicamente ese instinto de auxilio al semejante enfermo.⁵⁴² Pero la deontología hipocrática se fundará en una religiosidad muy determinada... un oscilante compromiso entre la vieja “piedad cultural” y la nueva “piedad fisiológica”. La piedad (*eusebia*) que tan enérgica y reiteradamente proclama Hipócrates en “Sobre la enfermedad sagrada” es, sin duda alguna, la suma del tradicional culto a los dioses y la nueva “piedad fisiológica” de los pensadores presocráticos: condena las purificaciones y los encantamientos con que la superstición antigua trataba de combatir el mal epiléptico, pero recomienda combinar las prácticas de la religiosidad consuetudinaria (el sacrificio ritual, la plegaria a los dioses del templo) con los recursos terapéuticos “naturales” , últimamente basados en la condición divina de la *physis*. El conocido Juramento Hipocrático constituye la síntesis preceptiva de lo que se exigía a nivel ético al médico en ejercicio. Sin embargo, ni tan siquiera el Juramento Hipocrático fue aceptado como dogma intocable por todos los médicos.

⁵⁴¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 66

⁵⁴² *Op.cit.* pág 68

Aquí Laín se apoya en L. Edelstein, autor para el cual el documento sería más bien un manifiesto pitagórico y no la expresión de un canon absoluto de la conducta del médico.⁵⁴³ En cualquier caso, a lo largo del *Corpus Hippocraticum*, según nos señala Laín, hay una expresión ética de la *amistad médica*: que se ordena en tres puntos:

- 1) Tecnificación del instinto de auxilio
- 2) Concepción ética -no sólo técnica- de la limitación del arte de curar y
- 3) Actitud del médico frente a la retribución económica de su actividad.

Al fin y al cabo, el médico hipocrático era “amigo del enfermo” en cuanto que, más radicalmente, era “amigo de la naturaleza” y “amigo del arte” -del arte de curar, en su caso- en cuanto que éste le permitía ser, respetuosamente, “fisiólogo”. Así pues, donde hay amor al hombre hay amor al arte (*Praecepta*).⁵⁴⁴ En su versión noble, tendríamos el antecedente aristotélico del *philautos*: el hombre que demuestra amarse rectamente a sí mismo sacrificándose con alegría por los amigos. Laín recoge que también se hizo presente una versión menos noble del ejercicio médico, basado en buena medida en buscar fama y provecho propios, a juzgar por lo que la sociedad griega decía en ocasiones. Por eso el *Corpus Hippocraticum (Praecepta)* enseña acerca de los honorarios del médico que “no se piense en el salario sin el deseo de buscar instrucción”. El buen médico debe ser siempre aprendiz de lo que la naturaleza enseña a través del arte y de lo que el arte le enseña a través de la naturaleza.

3.8 El médico y el enfermo en la Edad Media.

El siguiente de los bloques a los que Laín presta su atención, en el devenir histórico de la relación entre médico y enfermo, es el de la Edad Media, un largo periodo en el que, según nuestro autor, se irán percibiendo diferentes momentos en la evolución y desarrollo de la relación entre el médico y el enfermo.

A lo largo de los mil años aproximadamente que abarca el periodo medieval, el antiguo Imperio Romano se iría convirtiendo en tres grandes bloques bien diferenciados entre sí: el norte de África, que será escenario del predominio progresivo del Islam, la parte oriental del Imperio, que se convertiría posteriormente en el Bizantino (que aún mantendrá periodos de esplendor hasta su definitiva caída a manos de los turcos) y el espacio geográfico que ahora nos

⁵⁴³ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 67

⁵⁴⁴ *Op.cit.* pág 71,72

ocupa: el Occidente Europeo, y en el que Laín pone su punto de mira para el estudio de la relación entre médico y enfermo⁵⁴⁵ (374).

El supuesto oscurantismo medieval ha sido siempre objeto de debate y su abordaje a fondo se escapa del objeto de nuestro estudio. Más bien nuestro interés se centra en lo que el propio Laín dice sobre la relación clínica en este marco histórico. En su obra de 1964 nos señala que, tras las invasiones de los llamados pueblos bárbaros, como a lo largo del resto del periodo medieval, en dicho occidente tendrá lugar un retraso cultural importante con respecto al resto, que tendrá su manifestación también en el desarrollo del conocimiento médico. Más tarde, en su obra sobre la Historia Universal de la Medicina, el propio Laín matizará, declarando que no todo es oscuridad, ni mucho menos, en la llamada Edad Media y especialmente a finales de la misma, en la que notables figuras del ámbito médico se encargarán de hacer encajar la medicina griega y galénica en el seno de las culturas bizantina, islámica y europea (375).

3.9 Aportaciones del cristianismo a la relación médico-enfermo

Orringer señala que una de las características de la obra de Laín es llevar a cabo *“una elaboración de doctrinas sistemáticas refiriéndolas siempre a un temple enraizado en su catolicismo”*, aunque es honesto en reconocer que el propio Laín tenía reparos en reconocer esto, y divide en este sentido la obra de nuestro autor en varios periodos: un catolicismo *“pístico”* –dice Orringer– en el que la fe en el dogma es axial y que abarcaría hasta 1948, otra periodo *“elpídico”*, orientado hacia una esperanza problemática y que cubriría hasta 1958 y el periodo *“fílico”* o apoyado en un amor *agapético* al prójimo, en adelante.⁵⁴⁶ Lo cierto es que cuando nos fijamos en cómo Laín recorre la historia, notamos lo importante que para él ha sido la influencia del cristianismo en la comprensión de la relación entre médico y enfermo. Lo es hasta el punto de que en su ensayo de 1964 escoge un epígrafe temático bajo el que desarrollará el cronológico. Mientras desarrolla lo acaecido en el medievo, el título del capítulo es *“el cristianismo y la relación médico enfermo”*. Coloca el foco en la parte occidental del antiguo imperio romano⁵⁴⁷ y lanza su análisis teniendo en cuenta también la convivencia del

⁵⁴⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría*. Revista de Occidente. Ediciones Castilla, Madrid, 1964. Pág. 116

⁵⁴⁶ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 38

⁵⁴⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 116

cristianismo con otras creencias, no sin dejar de señalar las diferencias entre el cristianismo primitivo, en el que esta fe es más bien una especie de isla, según sus palabras, y el cristianismo postconstantiniano, en el que de isla pasaría a ser continente.⁵⁴⁸

De hecho, el cristianismo fue un hilo conductor a lo largo de la desigual Edad Media y aún más allá. Nuestro autor señala que los postulados cristianos desempeñaron un papel crucial ante el significado de la vida y las propias relaciones humanas, y la del médico con su paciente no fue una excepción. En la época de su gran ensayo de 1964, tenemos a un Laín que nos traslada una óptica católica proactiva, acorde con la labor de muchos de los intelectuales de la España de mediados de los sesenta. No duda en señalar que, frente a la filosofía griega, *“unos hombres oscuros, procedentes de Palestina, se atrevieron a afirmar que la realidad del hombre es algo mucho más alto y digno que la physis cósmica, llamándose a sí mismo cristianos”*.⁵⁴⁹ Diego Gracia y José Luis Peset, subrayan también que la idea griega de la *Physis* es transformada de raíz por el cristianismo, trayendo a la filosofía una nueva idea del mundo (376). Se hacen, de esta manera, eco de un autor de cuyas fuentes bebe constantemente Laín: Xavier Zubiri. El mensaje de Jesús de Nazaret, pues, conlleva una actitud inédita en cuanto al amor entre los hombres⁵⁵⁰, haciendo así una apología del cristianismo en esta etapa. De hecho, Laín se dedica a plantear esto con profundidad de filósofo en su ensayo *“Teoría y Realidad del Otro”*⁵⁵¹ (377).

¿Qué piensa Laín acerca de lo que aporta la cosmovisión cristiana?: En primer lugar, en clave de novedad, una nueva visión en torno a Dios, quien es proclamado como alguien personal, frente al politeísmo griego; en segundo lugar, una nueva idea con respecto al mundo, que ya no es una eterna *physis* circular y, por último y no menos importante, aporta una novedad con respecto a la idea del hombre, quien, lejos de ser *“un engendro locuente, pensante y bipedestante de la physis”*, es una criatura creada a imagen y semejanza de Dios, base sobre la que se sustentará el desarrollo del concepto de *“persona”*, que va más allá de considerar al ser humano como una mera *“naturaleza”*.

⁵⁴⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 132

⁵⁴⁹ *Op.cit.* pág. 100

⁵⁵⁰ *Op.cit.* pág. 101

⁵⁵¹ Laín Entralgo P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Revista de Occidente; 1968. Tomo II, págs. 19-25

3.9.1 Enfermedad y pecado.

Por otro lado, la enfermedad deja de verse, en líneas generales, como un castigo. Desde el punto de vista de Laín, el evangelio presenta una clara actitud negativa frente a la idea general del carácter punitivo de la enfermedad, ya que el Nuevo Testamento nos orienta de manera sobria acerca de que el pecado no siempre origina enfermedad a pesar de las opiniones de muchos cristianos a lo largo de la historia.⁵⁵² Entralgo dedicaría un ensayo historiográfico a este tema *“Enfermedad y Pecado”*, publicado en 1961. La idea del mismo es analizar la relación entre el desorden físico y el desorden moral de la vida humana, asunto recogido por la patología psicosomática expuesta en España por Rof Carballo, que Laín pretende homenajear. La tesis de nuestro autor es que fueron Platón y luego el cristianismo, quienes abrieron la posibilidad de una genuina patología psicosomática⁵⁵³ (367). No es nuestro objeto profundizar en el tema, ya que nos hemos de ceñir a lo que atañe a la relación clínica. No obstante, Laín esboza algunas consideraciones sobre la relación del cristianismo primitivo y la medicina al respecto. Señala que hay una influencia del pensamiento médico de la antigüedad clásica, que se puede notar en Ignacio de Antioquía, Clemente de Alejandría, Orígenes, Tertuliano, Cipriano de Cartago y Gregorio de Nisa, quien, según nuestro autor, aplica la psicología de Platón a la elaboración de una antropología del pecado, apoyándose en la nosología terapéutica de Galeno. Laín señala que, para el personalismo cristiano de Gregorio de Nisa, el pecado es desorden moral que no puede ser confundido con la enfermedad física, pero su realidad moral se explica intelectualmente como si se tratara de una enfermedad física. Comienza, de manera incipiente, una concepción teológica de la enfermedad, existiendo algunos aspectos en los que los llamados padres de la Iglesia, desde la apologética, tocan aspectos de carácter fisiológico y psicológico, elaborándose los primeros esbozos de una teología de la enfermedad. Dos aspectos a destacar: 1) el origen de la enfermedad en la historia y 2) su sentido en la creación y en la existencia del hombre, destacando que la enfermedad ahora es una prueba que se nos presenta, con consecuencias para la vida ultra terrena, en contraste con la enfermedad considerada sólo como castigo, o como fruto de un azar desafortunado.

⁵⁵² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.122

⁵⁵³ Laín Entralgo, P. *Enfermedad y pecado...* pág. 8

3.9.2 El *ágape*: un modo novedoso de amor

Mientras para el griego la tesis naturalista es el marco de actuación, y lo que el médico ha de pretender no es otra cosa que corregir la naturaleza deficiente en el otro, Laín señala que para el cristiano se supone que hay algo más: la meta deberá ser la del amor, entendido este como la donación de uno mismo a la persona del otro. Si, en la cultura griega, el amor no es tanto a la persona en sí, sino a ciertas cualidades de la misma, tales como la belleza, la bondad, la inteligencia, etc., el *ágape* del Nuevo Testamento, en la interpretación que del mismo hace Laín, “asume, depura y trasciende “ el *eros* helénico, ya que es un amor que se entrega sin límite y “ama en el otro un “un quién” y no “un qué”, lo que tendrá importantes consecuencias en el trato entre seres humanos, relación médica incluida. Para nuestro profesor, tal y como comentábamos, un elemento de vital importancia en la relación médico y enfermo es la “amistad médica”. De nuevo el contraste: si en el entorno helénico el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad (Laín pone como ejemplo el Lisis platónico), en el cristianismo, sin embargo, habría una versión superada de la importante *philia* griega, “un genuino ministerio del amor cristianamente entendido”, que habría de ser la primera razón de la asistencia médica,⁵⁵⁴ una filantropía cristianamente entendida, que tendría que convertirse en el fundamento de la relación entre médico y paciente.

3.9.3 Un nuevo marco de relación entre seres humanos.

Por tanto, la difusión del cristianismo va a suponer el planteamiento de un cambio radical en la idea y en la práctica de la relación entre los seres humanos⁵⁵⁵ (370). Al menos, en teoría. Para Laín, hay cuatro motivos principales de esta nueva actitud:

1) La existencia de dos modos básicos en la relación de benevolencia entre los hombres: la *proximidad* y amistad. Por un lado, **la proximidad**, ya que ahora se trata de atender al otro porque es hombre -según él, tal es la lección del Samaritano con el herido- y excluye la acepción de personas. De hecho, para Laín, la parábola del buen samaritano constituye el

⁵⁵⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 133, 138

⁵⁵⁵ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 75

modelo de lo que debe ser el encuentro ejemplar entre dos seres humanos.⁵⁵⁶ Nos propone otro modo básico de relación de benevolencia: **la amistad** (procurar el bien del otro por la persona que es). Aquí sí tiene lugar una necesaria acepción de personas.

2) “**Naturaleza**” versus “**persona**”. En la búsqueda del bien con respecto al amigo, nos señala Laín, hay que distinguir entre procurar el bien de su naturaleza y, por otro lado, el de la persona en sí, cosas que no son exactamente lo mismo. Esto tiene que ver con la concepción cristiana de la existencia, que entiende que hay un más allá de la muerte y del propio mundo visible, hundiéndose sus raíces en una cosmovisión semítica, que es personalista y moral. Laín insiste en ocasiones en que nuestra existencia es penúltima. Esto hace que sea posible aspirar a una alta perfección espiritual con una detestable salud física, y que, incluso, en ocasiones pueda existir un conflicto entre la procura del bien de la naturaleza de un hombre y la procura del bien de su persona. El Nuevo Testamento, según Laín, da importancia al concepto de intimidad personal y, frente a la naturaleza humana de los griegos hay una condición personal y espiritual de la realidad del hombre que en ninguna manera es incompatible con su condición natural.

3) En tercer lugar, nos vuelve a recordar (no falta el estilo reiterativo en Laín) que, junto a la concepción griega del amor (eros), surge una concepción inédita hasta la fecha:⁵⁵⁷ el amor como *ágape* entendido éste como “efusión formalmente cristiana cuando el amante actúa instalado en Dios”.⁵⁵⁸

4) En cuarto y último lugar, la consideración de que para la benevolencia no puede haber “límites naturales”. Todo lo dicho hasta aquí, lleva consigo un nuevo marco conceptual, al que se ajustará en mayor o menor medida la concepción y el ejercicio de la “amistad” médica.⁵⁵⁹

⁵⁵⁶ Laín Entralgo P. *Teoría y realidad del otro ...* Tomo II, pág. 19-28

⁵⁵⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 101

⁵⁵⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 76

⁵⁵⁹ *Op.cit.* pág 77

3.9.4 La estructura de la relación.

Laín, parece que necesita organizar su pensamiento en múltiples clasificaciones o categorías que, en algunas ocasiones y por contener cierta arbitrariedad en las mismas, posiblemente fueron más útiles para él que para el estudioso de su obra. Aquí, añade más elementos que considera como parte de “estructura” de la relación entre el médico y el paciente en la Edad Media, y que, en realidad, son más ingredientes a añadir a los mencionados anteriormente. Así, él menciona:

1) El hecho de que, bajo el esquema cristiano de actuación, se pretende tratar a todos por igual, lo que constituyó motivo de extrañeza para algunos coetáneos. Merece la pena recordar el caso de Juliano el Apóstata, a quien cita como ilustración de alguien instalado en su proyecto neopagano, que no tiene más remedio que elogiar el modo cristiano de asistir a los enfermos: *“vemos lo que hace tan fuertes a los enemigos de los dioses: su filantropía frente a los extraños y a los pobres ...es vergonzoso (para nosotros) que los galileos no ejerciten su misericordia solamente con sus iguales en la fe, mas también con los servidores de los dioses.”*

2) Hay otro aspecto a tener en cuenta, según Laín: el surgimiento de una valoración terapéutica y moral de la convivencia con el dolor.⁵⁶⁰ Por ejemplo, Gregorio Nacianceno, describía la vida en la ciudad hospitalaria de Cesarea con estas palabras: *“la enfermedad era allí pacientemente sobrellevada; considerábase dichosa la desgracia y se ponía a prueba la compasión ante el sufrimiento ajeno...”*.

3) En tercer lugar, si para los sabios griegos el médico debía saber cuál era el momento en el que ya no se debía hacer nada por el enfermo, ahora, la asistencia médica va más allá de las posibilidades del arte, de modo que se incorpora el consuelo a la operación del médico y el cuidado de los enfermos incurables y moribundos.

⁵⁶⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 126

4) En cuarto lugar, surge la asistencia gratuita y la consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso (recordemos el caso de los hospitales fundados por Basilio en Cesarea).

5) Por último, fruto del ritual cristiano, se incorporan algunas prácticas religiosas que el médico deberá tener en cuenta, como son la oración, la unción sacramental...).⁵⁶¹

Todo ello, según Laín, configura la versión cristiana de la filantropía y enmarca a la relación entre médico y paciente en un momento ético-religioso muy notable. Desde el primer momento, el cristianismo insta a lo que nuestro profesor denomina “la prontitud permanente a la ayuda del enfermo, a una visión cristiana del *primum non nocere* hipocrático” poniendo en marcha la amistad médica “desde un área meramente natural y técnica a la integridad técnico-caritativa que pide la idea cristiana de la enfermedad y del hombre”.⁵⁶² Desde la óptica del enfermo, tendrán lugar cuatro momentos cualitativamente distintos entre sí :

- 1) Confianza en el saber técnico de quien atiende
- 2) Fe y esperanza en el remedio aplicado
- 3) Gratitud a quien le asiste
- 4) Amor de efusión desde la “distinción” espiritual que la enfermedad otorga a quien la padece.⁵⁶³

3.9.5 Lo ideal y lo real.

El propio Laín es consciente de que esta cosmovisión novedosa que supuso el cristianismo, no estuvo exenta de contradicciones al no plasmar en la realidad el ideal propuesto. En el cristianismo medieval y, especialmente con el paso de los siglos, encontramos una mezcla de varios asuntos:

- 1) Lo que Laín llama “lo creado por la iglesia desde dentro”, sus diferentes estructuras, instituciones, invenciones, costumbres: teología, liturgia, formas “nobles” de piedad religiosa,

⁵⁶¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 78

⁵⁶² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 127

⁵⁶³ *Op.cit.* pág. 120

que para él son la benedictina, - nos recuerda la regla benedictina, en *El Cellerarium*, de “tratar a los enfermos con todo cuidado, como si fuese su padre”-, la cluniacense, franciscana, dominicana, la existencia del monasterio, la catedral, el derecho canónico.

2) Las estructuras recibidas y aceptadas por el mundo circundante: derecho germánico, orden social feudal, combate judicial, ordalías, esclavitud y supersticiones populares. En la época medieval, pues, convivieron prácticas de religiosidad para cristiana o pseudo cristiana, que tuvieron su expresión medicinal en forma de milagrería, supersticiones, exorcismos, y conjuros de toda especie.

Si el tratamiento médico se supone, ante todo, un acto de amor, el propio Laín señala cómo “tan hermosa actitud debió corromperse con frecuencia”. ⁵⁶⁴

3.9.6 Dos cosmovisiones en tensión: la griega y la cristiana.

No faltaron, por otro lado, las tensiones entre estas maneras tan diferentes de concebir el mundo y la vida, ni tampoco las componendas. Laín nos lo explica recordando, por un lado, la actitud de repulsa de algunos cristianos que entendían como de origen plenamente pagano todo el esquema griego ante el planteamiento de la enfermedad. Por ejemplo, Taciano el Asirio, aseveraba: *"La curación con remedios procede en todas sus formas del engaño político, y si alguien es curado por la materia confiando en ella, tanto mas no será abandonándose al poder de Dios"*, o los intentos antihelénicos de Tertuliano, persistiendo esta actitud de repulsa en algunos ascetas medievales como Bernardo. En el otro extremo, se observaría en algunos un seguimiento incondicional del esquema de pensamiento griego. La adopción de la idea griega de la *physis* y por tanto de la concepción de la *physis* como lo divino fue sin duda un tema importante en la excomunión de algunos en Roma, tal como cuenta Eusebio de Cesarea, ya que al parecer consideraban a Galeno con auténtica veneración, recordando que Galeno atacaba la idea veterotestamentaria de la omnipotencia divina. ⁵⁶⁵

Laín señala, en tercer lugar, lo que para él es la actitud mejor, prevaleciente en la iglesia cristiana medieval y no es otra cosa que la adopción del arte de curar de los antiguos

⁵⁶⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.131,132

⁵⁶⁵ *Op.cit.* pág.134

pero de una manera reflexiva, cosa que Laín ve en la obra de Justino, a quien se atribuye el dicho de que "*cuántas cosas han sido dichas con acierto nos pertenecen a nosotros los cristianos*" y en la obra de Orígenes, quien transmitirá una concepción conciliadora entre la creencia en un Dios personal, creador y trascendente, con la creencia en la técnica médica, basada en la experiencia y la razón. De esta manera, Hipócrates y Galeno se incorporan a la historia del mundo cristiano.

3.9.7 Cristianización de los conceptos helénicos

Según Laín hay tres decisivos conceptos teológicos y cosmológicos que se tienen que reelaborar en la *tekhné iatriké* o técnica médica, con el fin de que la mentalidad medieval pudiera hacer suya la *physiologia* helénica:

- 1) El de "potencia ordenada" por Dios. Si el médico hipocrático fue "servidor de la Naturaleza", el galenista cristiano es un servidor de la potencia ordenada por Dios, "quien ha dispuesto que los remedios curen por ser como son"; y como lo fue aquel con su *logos* este lo será con su *ratio*
- 2) El de "causa segunda"
- 3) El de "necesidad condicionada" ^{566,567}

En cuanto heredero del pensamiento griego, el cristiano medieval (médico o no) pensará que algo en el enfermar humano es de necesidad absoluta para el hombre ⁵⁶⁸ (ME, 98). Al *fatum* de la naturaleza humana, diría un medieval, le pertenece misteriosamente la existencia de enfermedades mortales o incurables por necesidad y frente a ellas, nada podrá hacer el médico. Ya en la Baja Edad Media, el toscano Coluccio Sautati (1331 – 1406) dirá que hay tres tipos de enfermedades: las que la naturaleza cura por sí sola, las que para su curación exigen el auxilio del arte y, en tercer lugar, las mortales o incurables por necesidad. Todo esto, nos recordará Laín en su Historia Universal, es el resultado de la conjunción del pensamiento cristiano con el aristotelismo, capaz de crear esas importantes nociones metafísicas y

⁵⁶⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 96

⁵⁶⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 153

⁵⁶⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo. ...*pág. 98

teológicas, todo ello haciendo posible la perduración de la noción griega de la “necesidad de la naturaleza”, con una primera versión, muy helénica, de la “ley natural”. El tono y el sentir de los *Praecepta* hipocráticos renacen, nos dirá Laín, bajo manto latino y cristiano. De hecho, en el Occidente europeo, la adopción del mismo arte de curar seguirá siendo presidida (nos recuerda Laín) por los nombres de Hipócrates y Galeno

3.10 Los momentos del vector relacional.

Cuando Laín aborda de forma específica lo que hoy conoceríamos como relación clínica, lo hace utilizando una metáfora traída de ese mundo de la física que tan bien llegó a conocer. No en vano nos confiesa que se planteó “*como posibilidad biográfica el cultivo teórico de una física nueva*” que Laín encontraba fascinante, “*sobre el fundamento de una química física*”^{569,570} (DC,39, LAC,38). Tal vez por eso, en la mente del profesor, la relación entre médico y paciente es como un vector con sus respectivos momentos, al igual que en la concepción física. Se trata de los momentos afectivo, cognoscitivo, operativo, social y ético-religioso, todos ellos desarrollados con más detalle por él cuando analiza la relación médico enfermo contemporánea a él, pero que en el abordaje de la historia va señalando también.

3.11 La relación entre médico y enfermo en la Alta Edad Media. El periodo pretécnico.

Así, lo visto hasta aquí nos sitúa en lo que fue el gran momento ético religioso que predominaría en la Edad Media. Aunque, en general, Laín se rige por la clásica y útil división de la Edad Media en Alta y Baja, con el fin de salvar la dificultad de delinear la sociología del médico en esta época, matiza los periodos medievales en el desarrollo de la medicina en tres, que irían, por un lado, desde la invasión de los pueblos germánicos hasta la madurez de la Escuela de Salerno; el segundo periodo tendría lugar desde la primera mitad del siglo IX hasta los mediados del siglo XIII, en el que surge dicha escuela salernitana, que sería decisiva en la posterior configuración del ejercicio médico, con una influencia renovadora, periodo en el que habrían de surgir las facultades de medicina como centros de formación intelectual y, por

⁵⁶⁹ Laín Entralgo P. *Descargo de conciencia (1930-1960)*... pág. 39

⁵⁷⁰ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo* ...pág. 38

último, el periodo en el que tiene lugar la tecnificación del ejercicio de la medicina que llega hasta los inicios del tiempo moderno.⁵⁷¹

En el occidente europeo, paulatinamente empobrecido y ruralizado, la gran protagonista de la historia sería la iglesia, con los monasterios benedictinos como principal instrumento de acción (378). Por eso, en este periodo alto-medieval, la asistencia al enfermo se llevará a cabo principalmente allí: en los monasterios, lugar en el que se habían refugiado quienes pretendían huir de lo que consideraban una progresiva corrupción de las costumbres, propias de la progresiva alianza de la iglesia con el poder imperial tras los edictos de Constantino y Teodosio, corrupción que había calado incluso entre los clérigos. Nos encontramos, pues, con una medicina monástica a partir del siglo VI, siendo continuada por la medicina salernitana que dominaría las corrientes culturales a partir del s. XI (379). En el ámbito puramente médico, posiblemente la nota más sobresaliente de la medicina medieval fuera su escasa capacidad creadora, amparada en una servidumbre y fidelidad casi dogmática del galenismo heredado (380). Mientras, en la Italia de Teodorico, se ve una clase médica relativamente autónoma y organizada en la Alta Edad Media, que aparece en la grandilocuente fórmula que expresa los deberes del médico, en el *Comes Archiatrorum*, institución heredada de la administración del Imperio Romano. En España, según Laín, los visigodos arruinaron sin tardanza la organización médica de la Hispania Romana, aunque se atestigua la existencia de profesionales seculares. Con todo, bajo la dinastía merovingia, en el centro de Europa, consta la existencia de hospitales (*xenodoquios*) para pobres enfermos, peregrinos y leprosos que fueron fundados por obispos, monasterios, el rey o la nobleza. Existen pruebas de que en ellos había administradores y religiosos, enfermeros y enfermeras, e incluso también nodrizas para los lactantes. Debe suponerse, asimismo, la presencia de médicos, aunque ello sólo pueda aprobarse de manera segura en un solo establecimiento: el xenodoquio de Clermont (381). Según Laín, a mitad del siglo VI es cuando comienza a tenerse constancia de que, tanto el clero secular como el regular, eran los encargados de la atención a los enfermos, pasando a mano de los sacerdotes a mediados del s. VIII, ⁵⁷² destacando entonces esta figura del “sacerdote médico”. A partir del siglo VIII la asistencia médica pasará rápidamente a manos de los sacerdotes, sin olvidarnos de los médicos judíos quienes, a lo largo de toda la edad media, y

⁵⁷¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.135

⁵⁷² Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 81

más en España, jugaron un papel distinguido.⁵⁷³ Tiene lugar, pues, un retroceso técnico, ya que, en líneas generales, se olvidó el saber médico de los griegos, desconocida todavía la elaboración que de él estaban haciendo los médicos árabes. Por ello, la asistencia monástica al enfermo -y toda la medicina medieval, hasta los decenios centrales del siglo XII- tuvo lo que Laín da en llamar un carácter “pretécnico”. Es decir: la medicina que se lleva a cabo es un “oficio” caritativo o profesional... , inspirado en buenas intenciones (la propia regla benedictina aconsejaba: “*la asistencia médica debe ser prestada como si en verdad se prestase al mismo Cristo*”), pero se sigue un criterio más empírico y caritativo, no tanto el del “amor al arte de curar” (*ars* o *tékhnē*),⁵⁷⁴ al no poder hablar con propiedad de la existencia de dicho arte hasta ese momento (376). En los monasterios medievales, el monje médico solía atender al paciente en la enfermería del monasterio o -excepcionalmente- en su propio domicilio; y, en uno y otro sitio, tal atención llevaba consigo un rudimentario diagnóstico y un tratamiento. El juicio diagnóstico no pasaba de ser un nombre helénico bárbaramente latinizado o un incipiente nombre latino. Laín nos señala que el médico se acercaba al enfermo, le interrogaba acerca de su dolencia, exploraba su pulso y su orina y rotulaba sintomáticamente la afección morbosa (*pestilentia*, *dysenteria*, la *phrenesis* de San Isidoro). Este periodo pretécnico de la medicina medieval duraría, por lo menos, hasta la segunda mitad del siglo XII.

A pesar de que, según Laín, una de las características de la asistencia al enfermo en los monasterios era su base en la caridad cristiana, se sabe que dicha caridad estuvo lejos de ser aplicada en ocasiones en la medicina llevada a cabo en los monasterios y en las escuelas capitulares de la Edad Media, por lo que, a partir del concilio de Clermont (1095), se decretó la prohibición eclesiástica del ejercicio de la medicina: “*gratia lucri medicinam addiscunt ... pro detestanda pecunia sanitatem pellicentes*”.⁵⁷⁵ Por otro lado, la idea de que las cosas actúan necesariamente por obra de las “propiedades” o “virtudes” que por naturaleza le corresponden, para Laín “gloriosa conquista de la mente helénica y fundamento de toda ciencia natural y toda técnica”, había sido prácticamente olvidada en los primeros siglos del medievo. Como muestra, la pervivencia de dos significativos hechos sociales: la práctica de la

⁵⁷³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.137

⁵⁷⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág 84

⁵⁷⁵ *Op.cit.* pág 86

ordalía y la contraposición entre remedio natural y sobrenatural. La superstición milagrera seguía campando a sus anchas.⁵⁷⁶

Aunque, como se ha señalado anteriormente, se habían regulado los deberes del médico para con el paciente, no faltaron ocasiones extremas de auténtica relación de vasallaje del médico supeditado al capricho de sus señores. Algunos de los médicos podían morir si el resultado del tratamiento no era el esperado. En definitiva, se pone en evidencia que la relación de confianza del enfermo hacia el médico sufre una paulatina racionalización jurídica. Como vemos, no era fácil ejercer en la Edad Media.⁵⁷⁷

3.12 La relación entre médico y enfermo en la Baja Edad Media. El periodo técnico.

En la Baja Edad Media, el ejercicio de la medicina experimenta un gran avance, ya que se va a ir configurando un nuevo marco en lo que Laín denomina los momentos de la relación entre médico y paciente.

3.12.1 El momento afectivo. La amistad médica en el medievo.

Laín no deja de señalarnos que el fundamento de la relación entre el médico y el paciente, es la amistad, la “amistad médica”. Para él, durante todo el periodo medieval, el ingrediente de la confianza inicial del enfermo en quien le va a atender es el punto de partida de una ruta que tendrá diferentes finales y así, Laín, señala la extensa literatura conciliar de la Baja Edad Media en la que se atestigua cómo, con frecuencia, la relación entre el terapeuta y el paciente era amistosa. Nos pone de ejemplos las amistosas disputas de Carlomagno con sus médicos (Eguinaldo Einhard, en su *Vita Caroli*) en este caso, en la Alta Edad Media, así como la amistad entre Bonifacio VIII y su médico: el insigne Arnaldo de Vilanova, o de Clemente VI con Guy de Chauliac, en la Baja. No faltaron, como se apuntó anteriormente, restos de un comportamiento feudal y despótico que llevaría a más de un médico al patíbulo ante el fracaso terapéutico. El médico, aun siendo un hombre libre, se halló con frecuencia duramente supeditado a la potestad y al capricho de su señor, como en el caso de Nicolás y Donato

⁵⁷⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs.. 84, 86

⁵⁷⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.141

Gregorio de Tours, los médicos de Austriquilda, la esposa del rey Gontrán, quien expresó en su lecho de muerte el deseo de que sus médicos de cabecera fueran ejecutados.⁵⁷⁸

3.12.2 La crítica social.

Según Entralgo, la amistad médica se va a ver condicionada en la Edad Media por tres cosas: el aspecto cristiano, el medieval (entendido como componente feudal) y lo que él llama la condición occidental, en la que engloba una cierta sátira social con respecto a la clase médica. En otro momento de su obra, Entralgo nos señala que, en líneas generales, por parte de los pacientes, la mentalidad feudal y ordálica, la relación contractual y la tendencia popular a contraponer el remedio natural y la ayuda sobrenatural, en detrimento de aquel, y el gusto por la sátira, condicionaron durante la Edad Media la amistad del enfermo con el médico. La crítica tiene como antecedente el entorno helénico, la “perduración inconsciente de la vieja tradición aristofanesca”, en alusión al famoso comediógrafo ateniense del siglo V-IV a.C. Aristófanes. En el Siglo XII, Juan de Salisbury en su *Metalogicus* vituperó con humor y sarcasmo las disputas entre galenos, la presuntuosa hinchazón de sus términos técnicos, su codiciosa sed de lucro (*“hacen ostentación de Hipócrates y de Galeno, profieren palabras nunca oídas, leen para todo sus aforismos y rellenan las mentes humanas de nombres inauditos, dejándolas como henchidas de truenos”*). Dos siglos más tarde y en lo que se refiere a las críticas a los médicos, especialmente en aspectos superficiales, el adalid fue, sin duda, Petrarca. En ocasiones su visión crítica llegó más lejos, al acusar a los médicos de su servilismo ante la filosofía y su olvido de la observación y la práctica. Entralgo se hace eco de la crítica de Petrarca en sus *Invectivae contra medicum obiurgantem* al señalar cómo lo que hacían en muchas ocasiones los médicos no era sino latinizar frecuentemente los términos griegos: *“latina mors cum graeco velamine”*^{579,580}(382).

⁵⁷⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 88

⁵⁷⁹ *Op.cit.* pág 88

⁵⁸⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 140

3.12.3 El momento ético – religioso. Regulación estatal.

Para Laín, el médico fue amigo de su paciente a través de su amor cristiano a la persona del enfermo, pero también a través del amor a su arte (383) , ya que es en esta época, especialmente en los decenios centrales del siglo XIII, en la que se va gestando el carácter técnico del saber y del ejercicio médico. Laín lo resume así:

“Cristianamente entendido, el amor a un hombre debe tener como objeto propio el bien y la perfección del de la persona amada. El amor al arte, en cambio, tiene su objeto inmediato en la perfección de la naturaleza que el arte puede conseguir: la curación de enfermo, cuando ese arte es el del médico. ...¿cómo articular el amor a la persona y el amor al arte? ... En cuanto helenización del pensamiento cristiano, la medicina técnica medieval resolvió ese problema del único modo en que podría resolverlo: mediante una simple yuxtaposición de las prácticas derivadas del “amor cristiano al hombre” (consuelo del paciente, atención a su vida espiritual) y las prácticas correspondientes al “amor cristiano al arte” (diagnóstico y tratamiento como cooperación técnica del médico en la “potencia ordenada” de Dios...” ⁵⁸¹ ⁵⁸²

La medicina monástica se extendió oficialmente hasta que en el Concilio de Clermont (1130) se prohibiera a los monjes ejercer la medicina por entender que perturbaba la vida sacerdotal. La medicina, pues, se va a ir secularizando; sin embargo, la sociedad de la Edad Media siguió entendiendo cristianamente la relación entre el médico y el enfermo, tal como Laín nos recuerda, de modo que los médicos seglares de la Edad Media europea unieron totalmente en su práctica el cristianismo y la profesión. De alguna manera, están presentes los dos momentos: el existente en el orden natural y el del orden espiritual. ⁵⁸³ Ahora bien, por amistosa que sea esta relación, la sociedad medieval fue entendiendo paulatinamente la relación médica como un contrato. Las *Leyes Wisigothorum* regulaban con gran minucia las

⁵⁸¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 100

⁵⁸² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 169

⁵⁸³ *Op.cit.* pág. 121

eventuales sanciones que podían caer sobre los médicos, con diferentes multas según los diferentes errores técnicos, etc. ⁵⁸⁴ La paulatina racionalización jurídica de las relaciones humanas dio pronto un giro contractual a la confianza - o a la desconfianza- del enfermo en el médico. En este sentido, el Estado tendrá un papel regulador de primer orden, teniendo lugar una transformación del ejercicio médico en este periodo. Ya había tenido lugar un antecedente con Rogelio de Sicilia en 1140, pero posteriormente vendría uno de los eventos más importantes que tendrá lugar en el siglo XIII: la obligatoriedad de tener el título oficial de médico para ejercer, tras la Ordenanza de Federico II en 1231, ya que se van a ir estableciendo en diferentes lugares la necesidad de tener años de estudio, las condiciones para la graduación académica, para el ejercicio médico, la disposición de honorarios y responsabilidades, etcétera . (383). Para Laín, este texto y el *Comes archiatrorum* de la época de Teodorico, son dos textos a destacar en la Edad Media en este sentido. Va desapareciendo la figura del sacerdote médico, ya que la iglesia de Roma prohíbe una y otra vez a los clérigos la práctica de la medicina. Sociedad y Estado van configurando cada vez más el ejercicio médico. ⁵⁸⁵

3.12.4 Medicina versus teología. Surge la mentalidad moderna.

Todavía no faltaron las pugnas entre las práctica supersticiosa y la práctica médica, de modo que, según nos recuerda Laín, en pleno siglo XII , el propio Bernardo, movida su alma por el deseo de alabar a Dios a través de su enfermedad, se muestra resueltamente hostil contra las confecciones de los médicos y cree ser cosa de mayor perfección el dejar que Dios obre a través de la naturaleza. Gracia y Peset, siguiendo a Laín, señalan que fue Beda el Venerable quien empezó en la Alta Edad Media la consideración teológica de que el hecho de enfermar se debe a la *vulneratio* que el pecado original produjo en la naturaleza humana. De modo que la naturaleza del hombre es, en todo momento, susceptible de padecer enfermedad y podría reaccionar pecaminosamente ante ella. Sin embargo cada enfermedad concreta, es la consecuencia de una acción puramente natural y no como causa del pecado original o personal. Esto no quiere decir que la superstición medieval no atribuyese en muchas ocasiones a la enfermedad el propio castigo de Dios. ⁵⁸⁶ Se comenzó así a tener una clara distinción entre

⁵⁸⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 89

⁵⁸⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 137, 139

⁵⁸⁶ *Op.cit.* pág. 164

medicina y teología y filosofía, que culminaría en la Baja Edad Media. “*Quien se deje arrastrar por las curiosidades filosóficas traspasa los límites de la medicina*”, decía Arnau de Vilanova (384). Se va avanzando hacia una mentalidad más moderna. El concilio de Letrán condenó por fin las ordalías en 1213. Y en cuanto a lo que nos ocupa, en relación con la enseñanza clínica, en los albores de la Edad Media había sido ajena a la universidad. La educación práctica junto a la cabecera del enfermo no pertenecía al plan de estudios de la universidad, quedando sometida al azar de la enseñanza privada, aunque no carecía totalmente de vigilancia por parte del cuerpo médico, ya que las facultades de medicina exigían, para la concesión de la licenciatura, que el candidato hubiese hecho con aplicación y bajo dirección técnica, visitas a enfermos, ya en la clientela privada, ya en los hospitales. Será bien entrado el siglo XIII, cuando veremos el surgimiento de las universidades (destacando la influencia renovadora y secular de la Escuela de Salerno) todas ellas instituciones intelectuales que contribuirán a que cuajara plenamente el concepto de “propiedad natural de las cosas” o *physis* (RME, 146)⁵⁸⁷. Este concepto permeará las reflexiones de índole política, ya que el propio Dante Alighieri justificó la existencia del imperio invocando a la “ley natural” en su obra *De Monarchia* pues, en el orden cósmico y en el orden social, las cosas hacen lo que por naturaleza tienen que hacer. Es, pues, en esta época, cuando emerge una genuina ciencia natural y la medicina de Occidente, en posesión casi plenaria del legado antiguo y de la elaboración arábica, según Laín, logra ser *ars medica* “arte de curar”. La *tékhné iatriké* de Hipócrates y Galeno queda así convertida en *ars medica* del galenismo cristiano. Tal será la regla de la Europa Medieval y renacentista. De hecho, la idea del arte como creación procede del voluntarismo teológico y antropológico de la Baja Edad Media. En esta época, en palabras de Laín, se inicia la actitud que sigue vigente hoy en día y que ha de presidir la actuación sanitaria: la lucha del hombre contra la enfermedad incurable, la *ananké physeos*. Comienza así la historia de la ciencia y la técnica modernas⁵⁸⁸ (376).

3.12.5 El encuentro entre médico y paciente.

Laín nos recuerda que los médicos medievales, desde los más remotos tiempos de la escuela de Salerno, entendieron la necesidad de escribir sobre la urbanidad y prudencia en el

⁵⁸⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 146

⁵⁸⁸ Laín Entralgo, citado en: Gracia D, Peset JL. La medicina como Ars. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.

acto médico, aspectos muy fundidos a todo lo largo de la edad media. Cita la *Summa medicinalis* donde hay un fragmento, el *Quomodo visitare debes infirmum*, en el que se dan reglas prácticas sobre la recta ejecución de la visita médica en pleno siglo IX. El médico debía visitar al enfermo más de una vez, interrogarle acerca de su enfermedad y de las opiniones de otros colegas al respecto de la misma, explorar el pulso, la orina, preguntar por el curso del vientre y el sueño, sin que faltaran consejos relativos al ingenio y el humor necesarios en el encuentro con el paciente, complementando las reglas pertinentes al oficio de curar, así como una dosis de astucia. Entralgo pone como ejemplo *De instructione medici*, de Arquimateo, de Salerno, quien se hace eco de lo que hoy denominaríamos un correcto manejo de la información. En el caso medieval y en el entorno ético religioso ya descrito, se aconseja sobre cuándo había que recomendar al enfermo la confesión:

*“Antes de ir a la casa del enfermo, pregunta si manifestó su conciencia al sacerdote, y si no lo hubiese hecho, que lo haga o prometa hacerlo; porque si se habla de ello una vez visto al enfermo y luego de considerar los signos de la enfermedad, pensarán que hay que comenzar a desesperar de la curación porque tú desesperas de ella.”*⁵⁸⁹

Más adelante en el tiempo, vemos los consejos ante el acto médico en diferentes autores, como se aprecia en las obras de Guillermo de Saliceto (Plasencia, 1210 -1276 aprox.), quien sería cirujano en Verona:

“...Tomar el pulso con seriedad y atención le granjeará la confianza de uno y otros, “lo cual es sobremanera útil para una práctica conveniente de la medicina”. Atribuye al interrogatorio gran importancia terapéutica: “por él queda confortado el espíritu del enfermo ... y llega a ser eminente la operación de los medicamentos ... y el alma del enfermo, cobra tal vigor por la virtud de esta fe y esta imaginación, que actúa sobre la enfermedad más intensa, noble y sutilmente que el médico con sus instrumentos y sus medicinas”
(Guillermo de Saliceto, en Summa conversationes et curationis)

⁵⁸⁹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 91, 95

O si nos fijamos en los consejos de Arnaldo de Vilanova (aprox 1242 – 1311):

"debe el médico ser estudioso en el conocimiento cauto y ordenado en la prescripción, circunspecto y prudente en la respuesta, ambiguo en el pronóstico, justo en la promesa, Y no prometa por sí mismo la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios, antes prometa fidelidad y dirigencia de, y sea discreto en el visitar, dirigente en el conversar, honesto en sus afectos, benévolo con el paciente "
(*Cautelae medicorum*). (385)

En palabras de Laín, el sentir de los Praecepta hipocráticos se presenta bajo un nuevo manto: latino y cristiano.

Pero no estaban sólo los consejos de los buenos maestros. Han ido apareciendo, especialmente a partir de la citada ordenanza de Federico II, todo un conjunto de regulaciones, una especie de código deontológico acorde con el marco social de la época. Por ejemplo, se regulan el número de visitas que se espera del médico y la forma de cobrarlas, ya que, como Laín señala, el afán de lucro siempre acecha como posible móvil,⁵⁹⁰ por lo que la autoridad civil de la Edad Media dictó medidas que regulaban no pocas de las actividades del médico: ordenanzas de carácter higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes médico legales, confección y precio de medicamentos, e, incluso, como nos recuerda Entralgo, el médico tenía sobre sí un conjunto de deberes religiosos, ya que estaba moral y socialmente obligado a cuidar con diligencia a sus pacientes y procurarles el bien del cuerpo y del alma. Por ejemplo, el médico debía indicar la confesión del paciente y podía ser multado si no lo hacía.

3.12.6 Del monasterio a los burgos. Diferencias sociales.

Junto con la prohibición del ejercicio de la medicina por parte del personal eclesiástico, contribuirá a la laicización de la misma el progresivo auge de las ciudades o burgos, donde

⁵⁹⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 155

surge una floreciente burguesía a la que atender. Tiene lugar, pues, una secularización progresiva de la práctica médica. Al final de la Baja Edad Media, con el renacimiento a las puertas, se llegaron a restaurar en las ricas ciudades los tres estamentos profesionales que Platón describía para la Atenas clásica, los gobernantes, los comerciantes y el ejército. Y del mismo modo que ocurría en la clásica Grecia, también nos encontramos en este periodo con una diferencia en la atención a ricos y a pobres, como atestigua Arnaldo de Vilanova, por mucho que la doctrina cristiana insistiera en la necesidad de una asistencia caritativa e igualatoria ⁵⁹¹ (373,383). Con esto en mente, Entralgo ha reconstruido los tres modos de asistencia médica, en los que se hacen patentes las diferencias sociales:

a. El nivel del “pobre estamental”. La asistencia a los pobres, quedaba en manos de curanderos o barberos y cuando las ciudades los amparaban, podían refugiarse y morir en los hospitales y hospicios para ellos dispuestos por la caridad municipal.

b. El artesano y el naciente burgués. Para los médicos y cirujanos con una formación técnica, la clientela burguesa era cada vez más numerosa. Una adecuada remuneración permitió el nacimiento de la figura del “médico de cabecera” (nace en la Baja Edad Media) y de la medicina liberal. No faltó en el entorno asistencial la oposición entre médicos, cirujanos y barberos. En cualquier caso, la asistencia era por lo general, domiciliaria, requiriendo del profesional que fuera muy cuidadoso en su porte y atuendo.

c. El nivel de los poderosos. El *medicus a cubiculo*. los médicos graduados en las más importantes universidades atendían a reyes, príncipes y nobles. Sus honorarios eran muy elevados, sus honores ostentosos y sus obligaciones, tan importantes como delicadas. El paciente es atendido en su residencia por un médico principal o exclusivamente dedicado a tal menester ⁵⁹² (370,386)

⁵⁹¹ Laín Entralgo P. *Cajal, Unamuno, Marañón. Tres Españoles...* pág. 209

⁵⁹² Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo.* ...pág. 102

3.12.7 El momento cognoscitivo medieval.

Laín nos ayuda a viajar al mundo medieval para acercarnos en lo posible a lo que era diagnosticar en la Edad Media. En esa época, el médico hacía poco más que interrogar al paciente y explorar el pulso y la orina para, posteriormente, etiquetar la afección en géneros y especies.⁵⁹³ En esa dependencia que aún se tenía, tanto de Hipócrates como de Galeno, el juicio diagnóstico que al final se daba tenía una gran dependencia del nombre griego de la enfermedad. Por eso, las mencionadas críticas de Petrarca a la denominación de la enfermedad por parte de la clase médica.

Laín, como siempre, indaga en la esencia de las cosas, y su estudio de los años 60 pregunta acerca del concepto de enfermedad en la Edad Media dando tres respuestas principales a lo que para el médico medieval sería la enfermedad: una respuesta fisiológica (en la que se observa una dependencia galénica), otra ontológica (aquí se sigue dependiendo de Aristóteles) y otra teleológica (la enfermedad, aun cuando es consecuencia del pecado original, no necesariamente lo es del pecado personal, poniendo a prueba la condición moral del hombre)

3.12.8 El momento operativo. Individualización del tratamiento

Para Entralgo, a pesar de la dependencia galénica en muchos de los conceptos, en cuanto a la conducta, el médico medieval no fue, en efecto, un tardío calco latino de la que habían seguido sus maestros en el arte de curar (Galeno, Sorano, Avicena), ya que movido por su conciencia de cristiano, por el cuidado de su prestigio profesional sin excluir el severo imperativo de la ley, el terapeuta de la Edad Media tuvo muy en cuenta la condición personal del paciente y los deberes religiosos en ella radicados, de modo que supo valorar la eficacia terapéutica de la comunicación verbal con el enfermo, comenzando así una vía para una individualización del tratamiento más satisfactoria y coherente con una simple yuxtaposición de la *éndeixis* galénica y la piedad cristiana.⁵⁹⁴

En la Baja Edad Media se avanza en el diagnóstico del individuo enfermo, dando importancia a la exploración clínica y la individualización técnica del mismo, según Laín. Es, en

⁵⁹³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 159 y 165

⁵⁹⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 101

sus propias palabras, como si el médico medieval quisiera aplicar la realidad clínica y semiológica, a la concepción tomista del principio de individuación.⁵⁹⁵

3.13 El médico y el enfermo en la sociedad burguesa del siglo XIX

Laín nos señala cómo es, precisamente en la Baja Edad Media cuando se inicia una idea de la ciencia natural y de la técnica (del arte) bien distinta de la que hemos visto en el s XIII. Lo que hace que el hombre sea imagen y semejanza de Dios -se piensa ahora- no es, en definitiva su inteligencia racional, como había afirmado Santo Tomás de Aquino, sino su voluntad libre, su libertad. El hombre se ve ahora con capacidad de transformar la naturaleza, cambiando el modo de relacionarse con ella, buscando rebasar sus límites al máximo. Entralgo señala a Roger Bacon en su *Republica fidelium* como el primero en apuntar hacia la utopía técnica, tal vez el primer signo visible de la nueva actitud. Desde entonces hasta nuestros días, la idea de que mañana será posible lo que no es posible hoy -la convicción de que la historia de la técnica es un progreso indefinido - va a ser, para Laín, el hilo conductor de la historia del hombre cada vez con más fuerza. El médico ve ahora su saber como una constante creación de hazañas que le permiten penetrar en la realidad del hombre y gobernarla técnicamente “desde arriba”: se va a sentir tutor, educador, escultor de la naturaleza; en definitiva, señor de ella, aunque en determinados casos se vea obligado a declarar la provisional impotencia de su arte.⁵⁹⁶ Pues bien: el amor del médico moderno secularizado a la medicina es el resultado de la secularización de esa ambiciosa manera de entender “el arte de curar”.

Los siglos van pasando y Laín, centrando su análisis en lo acaecido en la Europa Occidental, señala que el proceso más importante que tendrá lugar tras la Reforma Protestante, no es otro que dicha secularización de la sociedad. El ámbito predominantemente religioso que había impregnado la sociedad, se irá diluyendo de manera muy paulatina, comenzando a hacerlo en la segunda parte del siglo XVII hasta ver su máxima expresión de la misma en el siglo XIX, entorno en el que comenzará a desarrollarse un nuevo modelo de relación entre médico y paciente: tiene lugar la filantropía moderna y secularizada. Para nuestro autor es muy importante la dimensión antropológica de la que dependerá un modelo u otro de relación

⁵⁹⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 168

⁵⁹⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs. 116-117

entre el médico y el paciente. A lo largo de esta modernización, Laín nos dirá que él ve dos modos muy distintos de concebir la vida humana por parte del médico que, en buena medida, siguen vigentes hoy en día:

- 1) Por un lado, los médicos que en su visión de la vida humana **conciben al hombre en un sentido amplio, como una persona**, con todas las consecuencias. Quien concibe así al ser humano, no lo ve como una pura naturaleza cósmica, sino que se vería al hombre como una realidad natural dotada de intimidad y libertad y capaz de apropiación personal: un compuesto unitario, según Laín de “naturaleza cósmica” y “espíritu” aun cuando este último –matiza Laín- no sea cristianamente entendido. De hecho, para Laín, el mutuo “respeto” de la amistad secularizada, no es sino la secularización de la actitud cristiana ante la “sacralidad” del prójimo. El médico por vocación que realiza su filantropía como amistad médica, procurando el bien del enfermo por el enfermo mismo, se situaría en el marco de una antropología personalista, aunque el médico no lo sepa filosóficamente.
- 2) Por otro lado, estarán quienes, fascinados por los avances científicos que desgranar la realidad hasta el nivel molecular, van a ir construyendo una **antropología pura y exclusivamente naturalista**, cosa que se percibirá de modo especial a lo largo del siglo XIX, renunciando a la noción de persona. “El hombre ...es todo y sólo *naturaleza cósmica*”. Cuando el médico profesa una antropología de carácter científico natural, se verá conducido, casi siempre sin advertirlo, a partir al enfermo en dos mitades científicamente inconexas entre sí: lo que en el enfermo es “objeto” (el *homo phaenomenon* Kant) y lo que en el enfermo es “persona” (el *homo noumenon* kantiano)⁵⁹⁷ Laín señala a quienes considera que son paladines de la versión científico natural (Haeckel, Lombroso, Huxley...) así como a los definidores de la versión dialéctico material (Marx, Engels, Lenin) quienes distan mucho de ser una reencarnación de los viejos filósofos griegos.⁵⁹⁸ Para Laín el tema está claro: cuando la profesión del naturalismo antropológico es consecuente, entonces la amistad deja de existir como tal y se convierte en *camaradería*, en asociación para la conquista de un bien objetivo de carácter público o privado.

⁵⁹⁷ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 125

⁵⁹⁸ *Op.cit.* pág. 113

3.14 La enfermedad y el remedio.

La visión que se tenga con respecto a la enfermedad y los remedios necesarios para combatirla van a tener su influencia en el modo de desarrollar la relación entre médico y paciente. En los siglos XIX y XX, Laín señala que la mentalidad está clara: En lo tocante a la enfermedad, la mentalidad reinante es la de que no hay enfermedades mortales o incurables “por necesidad”, siendo todas, en principio, evitables, ya que el progreso de la técnica lo permite y muchos de los avances científicos son, ciertamente, muy notables. El avance en la ciencia química ha permitido, nos dice Laín, “perseguir innovadoramente a Paracelso”, ya que es en esta época en la que tendrá lugar la síntesis artificial de los principios activos con el consiguiente auge de la industria farmacéutica. Este optimismo científico hace que a Entralgo le guste citar con frecuencia un significativo párrafo de Jean Rostand:

“Prolongación de la existencia, elección del sexo del hijo, generación sin padre, embarazo en matraz, modificación de los caracteres orgánicos antes o después del nacimiento, regulación química del humor, y del carácter, genio y virtud por encargo ...: todo esto aparece desde ahora como hazaña debida o como hazaña posible de la ciencia del mañana”

Los escenarios en los que tiene lugar el encuentro entre médico y paciente, en la sociedad burguesa, serán el hospital, la consulta del médico de cabecera y el domicilio del paciente.

3.14.1 El hospital. Skoda y San Martín

En general, en los hospitales, tal y como Laín nos recuerda, el enfermo iba convencido de que iba a recibir una asistencia médica “para pobres” y con pocas esperanzas terapéuticas, hasta entrada la segunda mitad del siglo XX. “Los enfermos vieneses -decían los pobres de Viena, allá por el 1850- tenemos la gran suerte de ser bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky”. El modelo paternalista era el predominante, con una respuesta por parte de los pacientes, en general, resignada. La actitud del médico hospitalario del siglo XIX, es resumida por nuestro autor como con dos posibilidades que Laín llama “tipo Skoda” y “tipo San Martín” Estas personalidades de la clínica de su época le vienen como anillo al dedo a

nuestro autor para ilustrar el modelo de atención clínica que tiene en cuenta a la persona del paciente o el que se enfoca en su naturaleza enferma. Volveremos sobre ellos en el capítulo dedicado al momento cognoscitivo, pero recordamos que Josef Skoda (1805 – 1881), uno de los más cualificados representantes de la medicina vienesa de la primera mitad del s. XIX y una de las figuras más relevantes de la medicina anatomoclínica⁵⁹⁹ (387), era conocido por su nihilismo terapéutico, cosa que debemos entender a la luz de las escasas opciones terapéuticas existentes en el momento, en contraste con el arsenal disponible actualmente. En sus pases de visita por el hospital, no hacía prescripción alguna, dirigiendo su atención al diagnóstico físico, hasta el punto de caer en una deshumanización en pro de un quehacer científico hambriento de exactitud de laboratorio y un tanto ajeno al contacto personal con el ser doliente. Exento de entusiasmo terapéutico, para Skoda, como para tantos otros médicos, el enfermo hospitalario era en principio la *suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona desconocida*. Más que médico en sentido estricto, el clínico a la manera de Skoda es “naturalista”, hombre a quien atrae el conocimiento científico de la naturaleza, que aspira “a ser sabio”. Laín nos cuenta cómo coincidiendo con los avances de laboratorio, tan importantes en la labor clínica, el propio Claude Bernard decía: *“Yo considero el hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio”*.⁶⁰⁰ El propio Viktor von Weizsäcker recordaba lo que era la vida en un hospital alemán a comienzos del siglo XX: *“la visita hospitalaria del asistente joven no duraba mucho; pero su trabajo en el laboratorio consumía horas y horas del día y de la noche”*.

En contraposición a este modelo tan naturalista, Entralgo pone ante nosotros el “tipo San Martín”, evocando a Alejandro San Martín y Satrústegui (1847-1908) quien, además de médico, llegaría a ser un destacado político español. En varias ocasiones, menciona la anécdota según la cual, este médico, al pasar visita en su sala de mujeres del Hospital San Carlos, vio que una de ellas, casi niña, lloraba en soledad sobre su lecho. Acercándose, le dijo suavemente *“¿Por qué lloras, niña? ¿Es que no tienes nadie que llore por ti?”*. Para Laín, seguro de que este modelo tuvo muchos exponentes, la actitud de San Martín es un motivo de esperanza: *“...en el s. XIX y a comienzos del XX es posible ser médico del hospital y secuaz de la concepción científica*

⁵⁹⁹ Montiel L. Alquimia del dolor. Estudios sobre medicina y literatura. Publicacions, editor. Tarragona: URV; 2014. Pág. 54

⁶⁰⁰ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*. ...pág. 120

natural de la medicina sin ser ciego para la condición humana y personal del pobre enfermo a quien se atiende...”.⁶⁰¹ El enfermo hospitalario viene a ser la suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona doliente y compasible. Es lo que decía Gregorio Marañón: “...al enfermo de hospital hay que tratarle como si fuera un caballero de la Tabla Redonda”. (106)

3.14.2 El domicilio y la consulta privada

Los otros dos escenarios en los que tenía lugar el encuentro entre médico y paciente eran, tanto el domicilio del paciente, como la consulta privada del médico. La figura del médico de cabecera, de referencia para la familia, es idónea para el asentamiento de la amistad médica, asunto tan importante para Laín, ya que el paciente suele considerar al doctor como “amigo de la casa”, y el paciente, pasa a ser para el médico algo más que portador de una patología concreta: comenzará a ser una persona conocida y “médicamente amiga”. El ya citado Claude Bernard reconocía que *“el médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llama influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, una multitud de consideraciones de familia o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia.”* Entre los mimbres del tejido de la relación entre médico y paciente, no faltan los de la astucia que el médico ha de saber administrar. Así, Laín reconoce que la práctica médica va a ser la hábil combinación de la “verdadera ciencia”, representada por la patología que entonces enseñaban los libros y una “gramática parda”, entre bondadosa y astuta, que el médico ha de conjugar en su labor. Nos recuerda a los viejos consejos de Arnaldo Vilanova. En el ámbito de la consulta privada, el médico, según Laín, tendrá que valorar el adecuado equilibrio entre la vocación genuina como motor y el interés científico dominante o, lo que es muy peligroso y que siempre acecha: el económico.⁶⁰²

3.15 La rebelión del sujeto

Laín, como nos señala Orringer, se complace en dialogar en sus publicaciones con Viktor von Weisäcker, el neurólogo e internista alemán que fue el fundador de la antropología médica

⁶⁰¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*. ...pág.122

⁶⁰² *Op.cit.* pág. 124

coetánea a nuestro autor.⁶⁰³ Según Laín *“von Weisäcker ha escrito que acaso el rasgo más profundo y característico de la medicina actual sea la “introducción del sujeto” en el pensamiento y en el quehacer del médico”* Pero esa introducción del sujeto en medicina, no hubiese sido históricamente posible sin la previa existencia de otro evento, la “rebelión del sujeto” con su vertiente social por un lado y la clínica por otro.

3.15.1 La rebelión del sujeto a nivel social.

Las masas proletarias se van a rebelar contra la existencia de una “medicina para ricos” y una “medicina para pobres”, rebelándose contra el paternalismo vigente desde siglos por parte del médico⁶⁰⁴ (ME, 129). Se juntaron, el caos de la vida hospitalaria, donde al paciente se le aparcaba en clave benéfica, la creciente mortalidad en las zonas urbanas, el comienzo de los datos estadísticos, el papel protagonista de algunos médicos en su labor de denuncia social, con singular relieve del informe de Rudolf Virchow acerca de la situación sanitaria de los obreros de Silesia en 1848, etc.⁶⁰⁵ Todos ellos, ingredientes que contribuirán a que fraguaran los primeros sistemas de asistencia sanitaria socializada.

Para Laín, lo que va a ocurrir es un cambio cualitativo en el mismo fundamento de la relación médica, caracterizado porque:

- 1) De una entrega confiada del cuerpo, se pasa a una conciencia del derecho a la asistencia que se va a recibir. El enfermo es ahora un “derecho – habiente”
- 2) Se pasa a una exigencia de ayuda médica ...que se extiende a toda posible dolencia, comprendidas las leves y las “funcionales” (antes solo se llamaba al médico ante enfermedades graves)
- 3) El accidente morboso puede ser también recurso, bajo forma de asistencia gratuita o de indemnización
- 4) La prestación del cuerpo propio se trueca en entrega condicionada y susceptible de veto

En suma, el componente social de la “rebelión del sujeto” ha traído consigo una honda crisis en la relación hospitalaria entre el médico y el enfermo.

⁶⁰³ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo* ...pág. 61

⁶⁰⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*... pág. 129

⁶⁰⁵ *Op.cit.* pág. 132

3.15.2.La rebelión del sujeto a nivel clínico.

En el ámbito clínico, el paciente empezará también a ser tenido en cuenta, rompiendo el rol pasivo propio del modelo paternalista. Tiene algo que decir que ha de ser tenido en cuenta en el entendimiento de su patología y en la consecución de la salud. El psiquiatra Laín interpreta que el estrés de carácter social de la *belle époque* y la crisis histórica de la cultura burguesa (ya no se dispone de un firme sistema de creencias históricas que le permita soportarlo sin desorden psíquico) harán que florezca la neurosis, culminación clínica de la forma de protesta ante el hecho de que el paciente se sienta constantemente “un objeto”. No. El paciente no es tan sólo un objeto a quien se puede estudiar desde el punto de vista científico. Es un sujeto que empezará a exigir sus derechos y querrá ser oído en la consulta. Para Laín, esto comienza a ocurrir con Freud, quien dará al discurso del paciente la importancia que tiene, y sobre dicho discurso habrá de trabajar el terapeuta. Nuestro autor comenta su convicción de que, sin la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos en el quehacer clínico no puede ser científicamente entendido y tratado el enfermo.⁶⁰⁶ Para él, la nueva mentalidad del médico se ha ido configurando desde la temprana consideración psicoanalítica de algunas enfermedades orgánicas por parte de varios discípulos directos de Freud (Groddeck, Ferenczi, Deutsch, 1918-1922) , pasando por el estudio de las neurosis orgánicas desde el punto de vista del psicoanálisis y de la psicología individual (Schwarz, 1925), la “medicina antropológica” de Viktor von Weizsäcker, hasta la “medicina psicosomática” del mundo anglosajón.

Todo ello va a servir de sustrato sobre el que va a desarrollarse lo que Laín denominó “la medicina actual”, entendida esta como la que tuvo lugar en el s. XX y a la que dedicó una de sus obras en los años 70. Para entonces, nos recordará nuestro autor, los rasgos distintivos de dicha medicina los resume en cuatro:

1. La tecnificación extrema.
2. La colectivización de la asistencia médica.
3. La personalización del enfermo.
4. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud⁶⁰⁷. (388)

⁶⁰⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* págs. 134, 139

⁶⁰⁷ Laín Entralgo P. *La medicina actual*. 1ª ed. Madrid: Seminarios y ediciones SA; 1973. Pág. 31

En medio de este mar de tendencias, sigue navegando el barco de la relación entre médico y paciente. Para Laín, sin olvidar que en un momento dado se definió como “químico aspirante a físico” (DC, 61), esta relación, recordamos, contiene varios momentos simultáneos sobre los que va trabajar metiéndose a fondo en lo que él considera la estructura de dicha relación. Se trata del momento afectivo, el cognoscitivo, el ético (o ético-religioso), el operativo y el social. A su análisis dedicaremos los siguientes capítulos.

3.16 Los momentos de la relación médica

3.16.1 El momento afectivo

“¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más, por qué no cumpla con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho más a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos entre la multitud de quienes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ese estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo.”

Séneca, De Beneficiis, VI, 16

“El más hondo fundamento de la medicina es el amor ... Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos. Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico”

Paracelso, Spitalbuch, I. Teil.^{608.609} (389)

El encuentro con otro ser humano nunca nos deja igual. Como el propio Laín señala, “desde su raíz misma, el hombre vive en la esperanza y en la convivencia”⁶¹⁰ (368). En esta convivencia, pareciera que el ser humano está hecho para la comunicación y que somos lo que somos en relación con los demás. Ya sea para bien o para mal, no salimos nunca igual que

⁶⁰⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 11

⁶⁰⁹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos*. Barcelona: Salvat; 1984. Pág. 364

⁶¹⁰ Laín Entralgo P. *Obras*. 1965: Plenitud; 1965. Pág. 22

entramos tras la interacción consciente con alguien, eso sí, en el mundo real. El virtual tiene sus propias características, por ejemplo la rapidez en el flujo de la información, pero padece enormes limitaciones cuando se trata de tener un encuentro verdadero, en especial, la ausencia de la comunicación no verbal, plataforma sobre la que nos expresamos y, a la vez, supone un decorado rico en matices que se pierden por mucho *emoticono* que queramos usar. Pues esta interacción humana es el fundamento de la atención a los pacientes. El propio Laín recordaba que el saber médico, en lo que la medicina tiene de *techné* o *ars*, está integrado por un “saber hacer”, (“conocimiento de cosas”) y un “trato de personas”.⁶¹¹ Todo esto sigue constituyendo un constante reto, máxime si tenemos en cuenta que los estudios actuales demuestran que los médicos siguen con la tendencia a utilizar estilos de consulta dominantes, con enfoques biomédicos, y en los que no se suele prestar atención al mundo personal, ideas y creencias de los pacientes, no involucrándoles en las tomas de decisiones.⁶¹² (390).

En el caso muy concreto de la relación clínica, todo un conjunto de emociones se mueve constantemente en las dos direcciones: del terapeuta al paciente y viceversa. Varios son los recipientes conceptuales en los que encontramos todo el bagaje emocional que se mueve en el encuentro clínico. O, si queremos decirlo en palabras de Borrell, son grados dentro de la solidaridad (55). Nos referimos a la cordialidad, a la empatía y a la simpatía.

3.16.1.1 La cordialidad.

En el abordaje de la entrevista clínica, se recuerda que, esta es una de las características mínimas exigibles al terapeuta ya que ha de formar parte de todas las relaciones humanas, impregnándolas de la imprescindible cortesía, que se expresará de forma variable según la cultura, la edad, la ocasión del encuentro, etc. En la primera parte de la consulta, esa que conlleva la acogida del paciente y recogida de todos los datos relevantes, la cordialidad es crucial. Otros lo llamarían afabilidad, uno de los componentes del cuarteto de los deseos del paciente en lo referente a la atención sanitaria, el cuarteto de aes: Accesibilidad, afabilidad, adaptabilidad y habilidad, que nos propone Ruiz del Moral.⁶¹³

⁶¹¹ Laín Entralgo P. *Obras...*pág. 17

⁶¹² Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Semfyc ediciones; 2004. Pág. 46

⁶¹³ Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar...* Pág. 43

La cordialidad posee sus propios marcadores en la relación clínica, que, en definitiva, están al servicio de dar la bienvenida al paciente. Se trata, por parte del profesional, de dar la mano (ese acto que, como veremos, es ya terapéutico y a veces contribuye al diagnóstico), de nombrar al paciente, sonreír (si damos sonrisas tendremos sonrisas, esa gimnasia de las emociones que suele regalarnos más generosamente el paciente al entrar por la puerta), vigilar el paralenguaje, dedicar adecuadamente nuestra mirada al paciente, especialmente en el primer minuto de la consulta, tan cargado de valor simbólico.

3.16.1.2 La empatía

Si subimos un escalón en esta escala de solidaridad, pasaríamos a otra de los hábitos y estilos que deben caracterizar al profesional sanitario. Se trata de la empatía, que en realidad, constituye una de las más importantes habilidades para construir y mantener una relación terapéutica. La enfermedad conlleva aislamiento, ansiedad, tristeza, ira, distintos tipos de sentimientos. Una comunicación basada en la empatía tiene su elemento terapéutico y va a contribuir a mitigarlos.⁶¹⁴ No deja de tener su complejidad, ya que algunos autores la han definido como una conducta, una dimensión de la personalidad o una emoción.⁶¹⁵ Carl Rogers fue uno de los primeros en llamar la atención sobre la importancia de la empatía en el proceso terapéutico. Esta se define como una habilidad que conlleva poner en juego una serie de conductas encaminadas a descifrar los sentimientos y las preocupaciones del paciente y darles una respuesta, de manera que el profesional le demuestre que los ha entendido y aceptado. Miller y Rollnick, nos recuerdan que es una actitud de escucha concreta que clarifica y amplía la propia experiencia y el significado que da el paciente a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (391). Es una habilidad concreta que se puede aprender y, de hecho, la práctica de la empatía no es un camino fácil. Tiene sus técnicas. Borrell acepta que la empatía pide escenificar un gesto profesional, haciendo teatro hasta cierto punto, sin excluir la justificación de un carácter centrípeto en el propio profesional: “es permisible la pequeña hipocresía o el teatro de declarar que sentimos un dolor ajeno cuando en realidad casi no lo sentimos, pues la consecuencia es positiva para el paciente pero también para mí (me habitúa a la solidaridad como el actor que acaba por creerse su papel)” Ruiz del

⁶¹⁴ Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Pág. 121

⁶¹⁵ *Op.cit.*. Pág. 120

Moral matiza, por otra parte que, aunque las habilidades para ser empáticos pueden aprenderse, han de ser genuinas, para lo cual el profesional sanitario debe integrar los elementos de la empatía dentro de su estilo natural de relación (392–394).

3.16.1.3 Simpatía

Distinguimos empatía de la “simpatía”, que sería el grado máximo de solidaridad, hermanamiento y amistad plena, en la que verdaderamente se sufre con el otro, ganando en solidaridad pero perdiendo eficacia terapéutica.

Laín había dicho lustros antes que es necesario un vínculo afectivo para el buen hacer del médico. Para él, el diagnóstico y el tratamiento son en alguna medida la expresión cognoscitiva y operativa del vínculo afectivo que une entre sí al enfermo y al médico. El saber del médico y aún todo saber, se hace más certero y acabado por obra del amor.⁶¹⁶ Con todo, como nos señala Borrell, es necesario que el profesional sanitario mantenga la distancia terapéutica, en forma de amistad médica, citando para ello a Laín, sin entrar en más detalle. Hagámoslo nosotros.

3.16.1.4 La estructura de la amistad

En 1964 Laín publica que la amistad genérica se define por tres notas principales que serían: la beneficencia, la confidencia y el gusto por la convivencia. Define la amistad como una comunicación amorosa de dos personas en la cual, para el mutuo bien de ambas, y a través de dos modos singulares de ser hombre, se realiza y perfecciona la naturaleza humana. Cumple su propósito de glosar más extensamente esta definición,⁶¹⁷ cuando veinte años después amplía el número de los ingredientes que, para él, son esenciales en la amistad, se resumen en cuatro: benevolencia, *benediciencia*, beneficencia y la *benefidencia*, incluyendo el profesor algunos de sus habituales neologismos.

⁶¹⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 375

⁶¹⁷ *Op.cit.* pág.367

3.16.1.5. La cuasi-diada de la amistad médica

Laín es consciente de que dividir en momentos todo lo que ocurre en la relación médico-paciente es un tanto artificial, y hacerlo responde, más bien, a un criterio pedagógico. No obstante, en esa *cuasi – diada* que médico y enfermo forman, hay momentos en los que predomina el aspecto intelectual (ambos se ven y se entienden) , o el afectivo (sienten la realidad del encuentro) o el operativo (hacen algo el uno con respecto al otro).

Desde sus escritos en los años cuarenta, Laín ha mostrado su interés en indagar con respecto al contacto con el prójimo⁶¹⁸ (395). Al fin y al cabo, un conjunto de “tús” conviven junto a nosotros y Laín denomina “amor” al género de relación en el que se irá edificando conocimiento y estimación.

Diego Gracia nos recuerda que Laín descubre la historia como método de conocimiento, durante los años de la Guerra Civil española. ⁶¹⁹ Como respuesta al historicismo por un lado y al relativismo por el otro, precisamente Laín propone al amor como el ingrediente imprescindible ante el mundo y los otros seres humanos. No duda en citar -saliéndose del contexto bíblico- la primera epístola de Pablo a los cristianos de Corinto: “El amor nunca deja de ser...” (1ª Co 13:8) y llega aún más lejos: para Laín el amor es la verdad. Él distinguirá varios modos cardinales de la actividad amorosa del ser humano:

1) **El amor distante** u objetivador, el que tenemos ante las realidades no humanas, un amor en el que admiramos objetivamente y, de algún modo, consideraríamos al otro como objeto estético.⁶²⁰

2) **El amor “instante”**, el que nos mueve a buscar la verdad y la perspectiva de los otros y en el que la persona no puede ser reducida a objeto y

3) **El amor “creyente”** o “concreyente”, que nos lleva a creer en la verdad del otro.⁶²¹

De hecho, Laín insiste en que el amor a una persona no puede ser una admiración contemplativa, sino un penetrar activo en ella. Estamos dentro: *In-stamos*. La persona sólo nos

⁶¹⁸ Laín Entralgo P. *Medicina e historia*. Madrid: Escorial; 1941. Pág. 217

⁶¹⁹ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 333

⁶²⁰ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 69

⁶²¹ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 332

puede ser dada coejecutando sus actos. En la segunda parte del libro *Medicina e Historia*, Laín aplica los conceptos del amor instante, distante y creyente o (co-creyente) al caso concreto de la relación médica, definiendo las tres dimensiones de la actividad en que consiste el oficio de curar, la dimensión “científica”, la “profesional”, y la que Laín llama “vocacional” o “misiva”. Esta última es la que hace que en la medicina lo primario no sea el ejercicio de una profesión, ni la conquista y la posesión de saberes científicos tocantes al enfermar y al enfermo, sino la ayuda técnica a un hombre que sufre a causa de la enfermedad y que debe ser devuelto al desempeño de su rol social ⁶²²⁻⁶²³ (396). En el caso concreto de la relación médica, estos tres tipos de amor se dan en el acto médico, definiendo las tres dimensiones. Es más, nos dirá en *Médico y Enfermo* que la ciencia, la técnica y el arte se articulan en la actividad del verdadero médico y la labor del mismo, la asistencia médica, debe ser a la vez *éros*, *agápê* y *philía*. ⁶²⁴

El momento afectivo es, para Laín, el sentimiento que vincula a médico y paciente, de manera más o menos consciente. ⁶²⁵ Dirá que en la asistencia médica, el vínculo que une entre sí al terapeuta y al enfermo es la “amistad médica”. Se trata de un tipo de amor, como ingrediente en la relación con el prójimo enfermo, que tiene una serie de características concretas, cuando dicha relación es como debe ser. De alguna manera, nos enlazamos con el eco de la propuesta hipocrática de la *filantropía* necesaria para el ejercicio de la medicina, sin olvidar que para Platón la medicina es “la ciencia de las cosas pertenecientes al amor al cuerpo”. Veinte siglos después, la propuesta de Paracelso, desde una perspectiva cristiana, va más allá, recordando que “*el más hondo fundamento de la medicina es el amor*”. Para Laín, en una relación médica ideal, médico y enfermo son médicamente amigos entre sí. Tal vez lo difícil sea definir lo que significa “médicamente”. El médico pone por su parte la buena voluntad de dar su ayuda técnica. El paciente, confía. ⁶²⁶

Para Entralgo, La relación médica es amistosa porque contiene los ingredientes esenciales de la amistad, ya mencionados anteriormente. Es decir, en una relación terapéutica correcta, el terapeuta busca lo bueno para el paciente, (beneficiencia) habla bien de él,

⁶²² Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 339

⁶²³ Laín Entralgo P. *Hacia la recta final : revisión de una vida intelectual*. Madrid: Galaxia Gutenberg ; 1998. Pág. 32

⁶²⁴ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 175

⁶²⁵ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 363

⁶²⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 350

(*benedicencia*) quiere hacer el bien con él y para él (benevolencia) y le hace partícipe de alguna confianza (*benefidencia*) estableciendo así una cooperación amistosa. Estas confianzas, según Laín, van en una sola dirección: del paciente hacia el médico y no al revés. Este es uno de los límites que marcan la diferencia entre la *diada* que supondría una relación de amistad más íntima y la *cuasi-diada* que supone la relación médica, según él. En los años 60, nos lo dirá en los siguientes términos: *“el médico no debe comunicar nada verdaderamente personal –y mucho menos íntimo– al paciente que trata”*. Sin embargo, opinamos que es difícil ser tan taxativo, ya que, cuando hay una relación médica más prolongada, la confianza aumenta por ambas partes y habría lugar para que el profesional haga partícipe al paciente de algún detalle de su propio mundo. Es más, tal vez se perciba aquí la vocación teorizante de Laín, ya que el contacto constante con pacientes muestra que hay ciertas ocasiones en las que puede ayudar que el médico confiese ciertas cuestiones. Siempre, eso sí, al servicio de la relación terapéutica adecuada y de recobrar la salud del paciente en lo posible, intentando ser de ayuda y nunca bajo el objetivo del desahogo personal. Esto acrecienta el descubrimiento de la persona del médico por parte del paciente, lo que puede contribuir al fortalecimiento de la confianza. El paciente buscará integridad y coherencia por parte del médico, compañero al fin y al cabo en el viaje de la vida. Todo esto puede hacerse sin perder los necesarios roles de cada cual. Cuando el paciente descubre que también su médico padece, sin necesidad de conocer los detalles, y que también se toma, por así decirlo, su propia medicina, tiene ante sí una dimensión nueva, que hace del médico alguien más cercano, un compañero más en el intrincado viaje de la vida, no un experto distante, inmune a la enfermedad y al dolor, como algunos ingenuos expresan, víctimas de una idealización excesiva de la figura del profesional. El médico puede enriquecer su bagaje vital con su propio sufrimiento, debidamente canalizado, y tener ocasión, cuando procede, de subir unos peldaños en la escala de la solidaridad, desde la empatía a una adecuada simpatía, a una cierta identificación con el paciente en su devenir, guardando, no obstante, la necesaria distancia terapéutica. Tal vez sea por ello por lo que Laín deja, en realidad un resquicio a hacer alguna confianza cuando dice que el médico *“sí debe hablarle al paciente acerca de sí mismo, de su realidad, de sus problemas, de sus posibilidades y proyectos, siendo esa comunicación confidencial”*.⁶²⁷ En sus escritos, veinte años después,

⁶²⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 370

sencillamente nos hablará de que cabe esa posibilidad de que el médico comparta algunas confidencias con el paciente.⁶²⁸

Todos estos ingredientes han de cocinarse en el ideal marco de la proximidad del otro, de modo que la confianza del paciente en su terapeuta ha de ser personal, técnica e histórica, ya que el paciente personaliza la general filantropía de los médicos en el terapeuta que tiene al otro lado de la mesa. Al fin y al cabo, por parte del médico, la amistad hacia el enfermo es, ante todo, voluntad eficaz de ayuda técnica, ⁶²⁹ una beneficencia que persigue un objetivo claro: la salud del paciente, lo que para el médico es un bien, con cuatro aristas:

- En primer término, un éxito profesional, al vencer con su técnica un desorden de la naturaleza.
- En segundo lugar, se contribuye a un bien social.
- Cabe también un matiz filantrópico o caritativo, al hacer el bien al menesteroso.
- En cuarto lugar, se trata del bien hecho a una persona concreta.

3.16.1.6 Amistad plena *versus* cuasi – diada

Todos los ingredientes mencionados que conforman la amistad en general, en el caso del terapeuta y del paciente se van a ceñir a un marco concreto, al menos, de inicio: la enfermedad y la salud del paciente. Por eso, no se va a tratar de una amistad plena, de una relación plenamente diádica, sino de una “*cuasi-diada*”. Mientras en la amistad hay una plena igualdad, en la relación médica hay, lo que Laín llama, cierta “preeminencia funcional” del terapeuta sobre el paciente, para que la relación técnica no sea defectuosa.⁶³⁰ La relación clínica es, pues, asimétrica, y esto tiene sus riesgos contra los que Laín ya avisa en los años sesenta: el médico puede colocarse en una situación de técnico, mantener la distancia afectiva y olvidarse de que el enfermo es persona. Conjuguar la igualdad en esencia con esta preeminencia funcional, es una de las tareas más delicadas de la relación clínica, como así lo señala Laín. Hoy en día, hablaríamos de la dificultad en acoplar la autonomía del paciente con las directrices médicas ante la evidencia científica disponible. Frente a la asimetría inherente

⁶²⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 365

⁶²⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 368-9

⁶³⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 366

al encuentro clínico, el profesional ha de acotar el modelo paternalista que durante siglos ha predominado en el quehacer médico, procurando más bien un modelo de alianza terapéutica centrado en la persona del paciente, en aquellos casos en los que este se ha mostrado más eficaz. Por otro lado, asistimos a la creciente fascinación ante los avances tecnológicos, que también pretende moldear la relación clínica. En fin, volviendo a los postulados de Laín, se ha de intentar conjugar, en el desarrollo de esta amistad médica, técnica y amor, lo que no resulta fácil. Laín cita a quien es para él un referente en ese momento en la definición del “eros terapéutico”: Carlos Alberto Seguí, quien en su obra *Amor y Psicoterapia*, establece en qué ha de consistir el “eros psicoterapéutico”, diferenciando así la amistad en términos generales de la amistad propiamente médica. No obstante, para Laín, las propuestas son válidas aunque vengan de un psicoterapeuta, ya que todo médico debe saber que no hay somatoterapia sin psicoterapia y no hay psicoterapia sin somatoterapia.⁶³¹

El resumen que Laín hace de Seguí, nos lleva a establecer que el eros psicoterapéutico debe hallarse libre de:

- a) Autoridad o tendencia de posesión
- b) Identificación
- c) Dogma
- d) Imposición de valores, reglas o conocimientos
- e) Atracción sexual

y no sólo se trataría de librarse de algunas cosas, sino de que tenga notas positivas, que serían:

- 1) Orientación del amor hacia la persona del paciente (hacia un más allá de la enfermedad)
- 2) Indestructibilidad
- 3) Realización de la experiencia psicoterapéutica (la curación del paciente)

3.16.1.7 La camaradería médica

Médico y paciente tienen un camino juntos que recorrer, hasta la recuperación del estado de salud del enfermo. Viven vidas paralelas que convergen en la intersección del encuentro clínico y volverán a hacerlo en las diferentes revisiones, hasta dar por concluido el trayecto terapéutico. Tras la vinculación establecida, ambos han de colaborar en medio del desorden que ha provocado el proceso morboso. Aquí puede entrar en escena el componente

⁶³¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 371-3

del ideal político y social, constituyendo un marco que condicionará algunas de las esencias de la relación clínica. Médico y paciente persiguen la salud como un bien puramente objetivo, prescindiendo de lo “íntimo” en pro de una causa supuestamente mejor.

El paciente busca un servicio eficaz y oportuno,⁶³² quedando la relación en una afectuosidad externa. Sin duda, cuanto más carácter funcional tiene la orientación del médico, más probable es entrar en esa dinámica. Laín recuerda que puede haber un claro ideal político y social de por medio, en cuyo caso, médico y paciente, cual camaradas, se unen en el esfuerzo de reconquistar la salud para el interés, tanto del individuo como de la colectividad. El médico quedaría reducido al funcionario encargado de cuidar esa salud perdida que, al fin y al cabo, sería un medio al servicio de otros fines. En el extremo de dónde se puede llegar, Laín menciona el terrible ejemplo de la Alemania nacional socialista, para cuyo Estado la “salud y pureza racial” de sus miembros, no eran otra cosa que “bienes públicos”.⁶³³ Pero él mismo escribe en su época de falangista de posguerra, veinte años antes: *“la procura del médico por su paciente será un modo de existir auténtico en tanto sea cumplida en el marco de un destino comunal a los dos; esto es, dentro de un entendimiento religioso o histórico-nacional del acto de curarle”*. El médico y el paciente encontrarán la salida a la pura cotidianeidad si actúan como cristianos o españoles, ya que, todo lo demás: la profesión, el lucro, constituyen modos deficientes de vivir. En el destino comunal encuentra uno el suyo. Evidentemente, Laín fue hijo de su tiempo.⁶³⁴

Podríamos trasladar esto a un entorno cotidiano hoy en día, cuando ante una situación de incapacidad temporal, el médico de familia hace ver al paciente la necesidad de gestionar adecuadamente un recurso en el que podrían entrar en conflicto la beneficencia con la justicia social, siendo estos momentos en los que el médico, trabajador y gestor de lo público, se ubica en un terreno en el que el paciente puede albergar dudas sobre los intereses del profesional, resintiéndose la “amistad médica” o, al menos, redifiniéndola. La dificultad se hace mas evidente cuando el paciente entra en contacto con el entorno de las Mutuas Profesionales, ante cuyos profesionales el paciente suele referir un celo vigilante, particularmente interesado, en acabar cuanto antes la baja laboral.

⁶³² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 352

⁶³³ *Op.cit.* Pág. 353

⁶³⁴ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...* págs. 215-6

Con todo, aunque en teoría la relación de camaradería médica (más neutral) sea distinta a la amistad médica, Laín pone su dosis de duda en la posibilidad de una camaradería pura entre médico y paciente. Hay un conflicto entre la posible vinculación objetiva y política y la “amistad” o vinculación interpersonal. Laín piensa en que, al fin y al cabo, la inalienable condición de ser personas, hará que la relación terapéutica tenga un ingrediente amistoso.⁶³⁵ De hecho, Laín es contundente: “cuando el médico es lo que debe ser, su relación con el enfermo siempre será en mayor medida amistad médica”.^{636·637} Posteriormente, Laín nos recordará el papel de la amistad médica en el momento cognoscitivo de la relación médica.⁶³⁸

3.16.1.8 La transferencia

Unos decenios después de que Freud escribiera sobre la importancia del fenómeno de la transferencia, Laín, admirador en su día de las tesis psicoanalistas, integra cinco aspectos a tener en cuenta a la hora de entender el concepto de transferencia:

- Fidelidad a la interpretación erótica del fenómeno transferencial propuesta por el propio Freud.
- Interpretación del fenómeno de la transferencia al margen de la concepción erótica vigente en el psicoanálisis “ortodoxo”, en la que predominaría un “instinto de poderío” en la relación médico paciente (Adler).
- Concepción de la transferencia como un fenómeno de convivencia en el que predomina una “infantilización artificial”. Según autores como Macalpine, Greencare y Spitz, la situación psicoanalítica coloca al paciente, artificialmente, en la situación de ser como un niño delante del médico.
- Elaboración del concepto de contratransferencia, imprescindible en el proceso de curación. Es una de las instancias determinantes del clima afectivo de una relación analítica dada.

⁶³⁵ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 173

⁶³⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 359

⁶³⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 369

⁶³⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 404

- Extensión de los conceptos de transferencia y contratransferencia a la teoría de toda posible relación dilectiva entre los seres humanos, incluida la amistad.⁶³⁹

Visto que la transferencia tiene su marco en el desarrollo de las terapias psicoanalíticas, queda preguntarse qué papel desempeña en la relación médico- paciente habitual, y especialmente, con el concepto de amistad médica. Evidentemente, no son lo mismo. Comparten lo que Laín llama un “sustrato óntico”, ya que son derivadas de la relación humana, pero mientras la transferencia es instintiva e inconsciente, la amistad médica es algo más personal. De hecho, la vinculación entre seres humanos será preponderantemente amistosa o predominantemente transferencial.⁶⁴⁰ Cuando la relación personal se intensifica, es normal ver cómo afloran reacciones más instintivas, ante las que habrá que estar alerta en el entorno asistencial. Por otro lado, es necesario depurar una relación muy transferencial, hasta que emerja ante nosotros la persona que tenemos delante.

De modo que hay formas en que los afectos exceden al marco adecuado en una relación médica:

- 1) Si hay una intensificación abusiva de la transferencia y de la contratransferencia, no siendo capaz el médico de modular y modularse
- 2) Para Laín, la relación médica es incorrecta si existe frialdad en el médico, y la categoriza en temperamental, funcional o científica. En este último caso, el paciente sería para el médico un mero objeto de conocimiento.
- 3) La mutua seducción, no necesariamente sexual, en la que a veces caen médico y paciente. Recordemos lo que el famoso médico húngaro señalaba en relación a la “función apostólica” por parte del médico, en la que el médico procura convertir al paciente a la propia cosmovisión del médico. (397)
- 4) Un excesivo apetito de lucro por parte del médico, predominando en él el *ego cupiens*

⁶³⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 358-9

⁶⁴⁰ *Op.cit.* pág. 365-6

- 5) El derecho del enfermo. Cuando el paciente entra en la consulta con un deseo preeminente de hacer valer sus derechos, viendo en el médico un expendedor de técnicas, o a la sociedad solamente deudora de lo que él considera que es la proporción de la asistencia sanitaria, la relación clínica se va a ver menoscabada, si no imposibilitada, a no ser que haya un cambio de coordenadas. Es el “*doctor-shopping*” que pone a prueba la capacidad del profesional para redirigir la frustración subyacente
- 6) En su Antropología Médica de los años 80, seguramente a la vista de la extensión de la sanidad pública, Laín añade una referencia a que la prisa del médico es un factor que impide el desarrollo de una amistad médicamente entendida. “... *en cinco minutos puede iniciarse una amistad médica, mas no constituirse...*” ⁶⁴¹

3.16.2 El momento cognoscitivo

En palabras de Diego Gracia, los valores tienen sus propias leyes, entre las cuales hay una muy importante: la jerarquía. Laín piensa que, sin un análisis del momento transhistórico del mundo de los valores, no es posible la plenitud, por eso en su obra ha seguido un método constante: ir de la historia a la teoría. Por historia, entiende él analizar el descubrimiento y realización de los valores. Y, por teoría, su categorización suprahistórica, filosófica; si se quiere, metafísica. ⁶⁴²

El gran tema de la relación médico- enfermo, es analizado ya desde los inicios de la obra de Laín, en la que fuera su tesis doctoral, en 1941, un año antes de obtener la cátedra de Historia de Medicina, que hasta entonces había regentado Eduardo García del Real⁶⁴³ (363). Pero no se concibe hablar de dicha relación sin haber recurrido a la historia y a todo lo que en ella podemos aprender al respecto. En dicha tesis, Laín se propone contestar a las corrientes historicistas de su tiempo, esas que buscan una instancia más allá de la propia historia. Su

⁶⁴¹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 372

⁶⁴² Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 417

⁶⁴³ Albarracín A. *Retrato de Pedro Laín Entralgo...* pág.48

fundamento es dar sentido al propio flujo histórico y convertir la historia en *historismo*, donde el hombre acaba siendo un mero suceso.⁶⁴⁴ Autores como Dilthey, uno de los representantes de dicho historicismo, defienden que no existe la verdad, sino las distintas verdades históricas, y por eso esas corrientes terminan en un relativismo (“la última palabra de la concepción histórica del mundo es la relatividad de cualquier tipo de concepción humana; todo fluye en proceso, nada queda”).⁶⁴⁵ Laín no está de acuerdo con este relativismo,⁶⁴⁶ que puede terminar convirtiendo al hombre en puro suceso.⁶⁴⁷ Para él, el médico, al tratar con hombres y a hombres, otorga una serie de certezas y creencias que le liberarán de dicho relativismo.⁶⁴⁸

Será en la década de los 60 cuando Laín desarrolla lo que él da en llamar “el momento cognoscitivo en la relación clínica”, y nos propone que hay dos maneras de ver el proceso diagnóstico.⁶⁴⁹ A la primera la denomina la concepción clásica del diagnóstico, consistente en etiquetar la enfermedad. Tiene su propio proceso y no es baladí. Pero hay otra forma que va más allá: la consideración del diagnóstico como algo integral o interpersonal, donde el paciente no es un mero objeto portador de etiquetas nosográficas, sino una persona al completo. Eso sí: una persona enferma.

3.16.2.1 Concepción clásica del diagnóstico

Laín describe que la pretensión básica del diagnóstico, clásicamente entendido, engloba tres cosas: objetivar, tipificar e inducir

El clínico objetiva o, al menos eso cree, cuando se sitúa a una cierta distancia en la que ve al paciente como objeto de estudio, siendo este portador de alteraciones observables, medibles. Esto llevará al médico a buscar la tipificación del proceso del paciente, ya que el diagnóstico nombra una especie morbosa bien circunscrita.⁶⁵⁰ A dicho diagnóstico se ha

⁶⁴⁴ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...* pág. 254

⁶⁴⁵ Marías, J. *Historia de la Filosofía...* pág. 258

⁶⁴⁶ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 332

⁶⁴⁷ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...* pág. 254

⁶⁴⁸ *Op.cit.* ... pág. 257

⁶⁴⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 378

⁶⁵⁰ *Op.cit.* pág. 379

llegado por un proceso de razonamiento inductivo, un tipo de razonamiento en que la verdad de las premisas brinda apoyo a la verdad de la conclusión, aunque no la garantiza. En realidad, dice Laín, esta inducción tiene, en ocasiones, más de ocurrencia gratuita que de conclusión hipotética, ya que es una intuición inmediata del cuerpo enfermo o bien es la meta de un proceso lógico inductivo (diagnóstico diferencial, hipotético o inductivo en sentido estricto).

Sin embargo Laín insiste en que en la realidad el médico no procede así verdaderamente. Para él la pura objetividad del conocimiento científico es una utopía ante el paciente. ¿Por qué? Porque el paciente no es nunca un simple “objeto” pasivo del conocimiento médico ya que, para empezar, el enfermo tiene algo de autor en su proceso y además, hay otros factores en juego. Por ejemplo, influirá la actitud del enfermo frente al médico, lo que de hecho, modulará lo que nos cuenta en la consulta y hasta la manifestación de algunos síntomas, así como la actitud frente a la enfermedad. Todo ello, en opinión de Laín en torno a 1964, influye en la figura y contenido del diagnóstico, pues no será lo mismo el cuadro sintomático si el paciente tiene una actitud resignada, o si lo que tiene es vergüenza ante el proceso que padece, o rebeldía, desesperación, exigencia ante sus derechos, o un deseo más o menos consciente de ganancia ante la enfermedad.

No sólo se trata de la actitud del enfermo ante el médico y ante su enfermedad. Hay otros agentes con los que hay que contar. Por ejemplo, el propio médico, construyendo el conocimiento diagnóstico junto a la persona del paciente, quien a su vez habrá llevado a cabo su propia interpretación de las cosas, en esa tarea constante en la que estamos todos implicados: hacer más nuestra la vida al interpretarla.⁶⁵¹ Así, cuando médico y paciente se unen en la ruta del diagnóstico, construyen un “*con-saber*”. Por eso Laín cita la conocida máxima de Marañón: “la misma úlcera de estómago es una enfermedad completamente distinta en un segador y en un profesor de filosofía”⁶⁵² (64) ya que posiblemente la interpretación de hechos y síntomas es distinta. Laín acepta la diferencia del cuadro clínico y, sobre todo, la participación del conocimiento del diagnóstico por parte del paciente. Por tanto, para nuestro autor está claro que la concepción clásica del diagnóstico es una abstracción deformadora. El paciente es mucho más que un mero objeto de conocimiento.

⁶⁵¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 324

⁶⁵² Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 347

El otro protagonista, coejecutor con el paciente, es el médico. La conclusión diagnóstica a la que llegue, depende de varios factores, lo que pone en entredicho la supuesta objetividad total de este momento cognoscitivo de la relación médico – enfermo. ¿Por qué? Porque dependiendo del modelo en el que el médico se sitúa, así piensa y actúa. Al fin y al cabo, las principales orientaciones del interés del médico son: la científica, la codiciosa, la funcional y la asistencial.⁶⁵³ De este modo Laín, tal y como se mencionó anteriormente, describe los tipos cardinales de *ego* desde los cuales el médico vive y ejerce su profesión. Son cuatro: **ego sapiens**, en cuyo caso el médico da importancia al cúmulo de conocimientos científicos, ya que, la medicina es, ante todo, ciencia, **ego cupiens**, que no es otra cosa sino el yo con apetito de lucro y prestigio, **ego fungens**, el “yo oficial”, ya que el médico está en este caso al servicio de un interés político o social concreto, **ego adiuvars**, que es el “yo asistencial o auxiliador”, que predomina ante quienes ven en la medicina la herramienta para la prestación técnica al menesteroso de ella. En la realidad concreta de cada médico se entran los cuatro motivos de un modo u otro, aunque alguno pueda prevalecer sobre los demás.

Desde cada una de esas plataformas y ante el puzzle semiológico que el paciente pone delante, el interés del médico puede cambiar de dirección. En un momento dado, Laín se detiene en la distorsión que puede suponer la preeminencia del *ego cupiens* en su voluntad de curar, cueste lo que cueste, a su paciente-cliente, tratando de complacerle al máximo⁶⁵⁴⁻⁶⁵⁵ (398). En este primer tercio de siglo XXI, es obvia la pertinencia de esta reflexión ante la búsqueda de la necesaria eficiencia en los tratamientos, conscientes de la tensión económica que supone la colectivización de la medicina, reflexión que fue objeto de consideración por parte de Laín en ocasiones.⁶⁵⁶ Si el clínico, pues, profesa una mentalidad que Laín llama antropopatológica, es decir, que considera tanto la enfermedad del paciente como algo natural y también personal, se verá abocado a realizar un diagnóstico integral, no “pura y exclusivamente objetivo”.

⁶⁵³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 406

⁶⁵⁴ *Op.cit.* Pág. 384

⁶⁵⁵ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría.* Barcelona: Salvat; 1988 Pág. 372, 392

⁶⁵⁶ Laín Entralgo P. *La medicina actual...* pág. 247-8

3.16.2.2 Concepción del diagnóstico como integral o interpersonal

En los sesenta, Laín propone que el clínico ha de pasar del nivel científico-natural del diagnóstico, al que denomina nivel científico-personal, porque exigen tanto la patología de su tiempo como la realidad misma del enfermo. Para el autor, la relación clínica es, al fin y al cabo, una relación personal o, al menos, debe serlo. La fórmula de la relación interpersonal es la coejecución de actos y de su vivencia propia a través de una expresión. El reto será que el médico asuma, por un lado, la objetivación de la naturaleza del enfermo y por otro, conocer de qué manera el paciente se realiza a sí mismo como persona coejecutando diferentes actos en relación a la enfermedad que padece.

Para ello, el médico en primer término ha de contestar a la pregunta de si el paciente está realmente enfermo o no; buscará, por tanto, tener este diagnóstico que Laín denomina genérico. En estos movimientos mentales, el clínico va saltando, a veces de manera alternante, de la objetivación a la imprescindible coejecución con el paciente, hasta llegar a la conclusión de si el paciente está verdaderamente enfermo o no. Se va pasando del nivel científico-natural al científico-personal, siempre teniendo en cuenta que convivir interpersonalmente es, a la postre, creer en la realidad de las vivencias e intenciones que la contemplación objetiva del otro muestra como probables, o al menos, como posibles.⁶⁵⁷ Posteriormente, buscaremos el diagnóstico específico y nos situaríamos en línea con la concepción clásica, ya que el hecho interpersonal ha de ser tenido en cuenta, pero influye menos. Finalmente, el diagnóstico ha de ser, según Laín, individual. Las enfermedades nos las encontramos en enfermos con nombre y apellidos, con biografía. La individualización requiere de su aspecto cuantitativo, así como del cualitativo, esto último hará presenciar al clínico vivencias muy distintas ante idéntica semiología, según cada persona. Es más: lo que el paciente cuenta, en ocasiones desborda la frontera de lo hallado en las publicaciones científicas. Por eso Laín cita a Marañón:

“Cada caso clínico puede expresarse por síntomas que no corresponden a los que los esquemas de los libros le asignan. Y este “puede” se cierne, como una amenaza implacable, sobre el diagnóstico...la experiencia clínica se crea en gran parte con enfermos que presentaban precisamente los síntomas que según el catedrático y el texto, no se debieran presentar” (209).

⁶⁵⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 390

Al intentar este diagnóstico integral, el médico no puede ser ajeno a la oportunidad biográfica del accidente morboso y Laín no deja de avisar de que las historias clínicas de los enfermos psicosomáticamente o antropológicamente estudiados muestran no pocos ejemplos del *kairós* de la enfermedad.

Además del entramado biográfico, cada persona, como comentábamos anteriormente, es única en la expresión y vivencia del cuadro sintomático. Esto ha de tenerse en cuenta, junto con el hecho sorprendente, en parte, de que Laín otorgue un punto de creación personal al paciente en la génesis de la enfermedad y en la elaboración del cuadro clínico, subrayando este aspecto de que el enfermo es, a la vez, co-autor y co-actor de su enfermedad; en definitiva, es persona creadora. En el orden de la vida personal, la materia del organismo queda individualizada por una obra de un proceso de libre creación, de cuasi-creación en el sentido zubiriano.⁶⁵⁸ No es sólo lo que enfermo padece, sino cómo vive respecto a lo que ha hecho o creado en su enfermedad: *poiêma y érgon*)

De hecho, Laín propone representar con un triángulo el objetivo del diagnóstico clínico, mostrando tres vértices que interactúan entre sí: la causa inmediata, la reacción personal y la reacción orgánica. Según él, el diagnóstico clínico consiste, a la postre, en entender con la máxima precisión esta dinámica del proceso morboso, dejando caer la idea de que la dimensión pluridimensional en el diagnóstico psiquiátrico, propugnada por Kretschmer y Birnbaum, debiera hacerse extensiva a todas las enfermedades.

Del mismo modo que hay un método insoslayable en la consecución de un diagnóstico clásico, Laín lo propone para conseguir el diagnóstico integral, integrando unitariamente las cuatro actividades psíquicas de:

- La objetivación, aunque aquí el médico ha de ser más que objetivador.
- La inducción, recordando que la mente del médico debe ser a la vez anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica en la tarea inductiva. En la medida en que los síntomas son signos, en el sentido husserliano del término, permiten por inducción (diagnóstico diferencial, diagnóstico inductivo en sentido estricto) llegar a la especie morbosa adecuada.

⁶⁵⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 399

- La interpretación. Tras crear las condiciones adecuadas para que el paciente nos refiera sus interpretaciones sobre lo que padece, llega luego el turno del clínico, quien ha de devolver al paciente la reinterpretación acorde a la concepción científica. Aquí Laín restringe un tanto las posibilidades, al limitar dicha concepción al área psiquiátrica, ya que incluye las posibilidades freudiana, junghiana, adleriana, ecléctica, analítico existencial y sincrética, que no son sino modalidades psicoterapéuticas. Quedando en entredicho si esto está igualmente al alcance del clínico de otras especialidades.
- La coejecución. Para Laín es la cima y destino inmediato de la interpretación. Tiene como materia las vivencias personales del enfermo en relación con su enfermedad, cómo la vive en la esfera de *“lo-en-mí”*, que tantas veces menciona el autor, o en el ámbito de *“lo-mío”*

3.16.2.3 La realidad diagnosticada

Casi veinte años después, en el amplio trabajo que desarrolla Laín en *“El Diagnóstico Médico”*, una obra de 1982, hila más fino en lo que se refiere a la realidad diagnosticada por el clínico. En este caso, se ha de tener en cuenta, si el clínico está al día, varios aspectos propuestos por el autor:

- 1) El diagnóstico médico es el conocimiento técnico (operativo, por tanto) del estado de salud o enfermedad en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano, con el fin de intentar conservar o mejorar el primero y ayudar a la curación del segundo, tras descubrir la índole y estructura de la enfermedad.
- 2) En la estructura del diagnóstico se han de articular cuatro saberes:
 - a. Observar detenidamente el cuadro clínico
 - b. Analizar la causa externa del proceso morbosos
 - c. Encontrar el desorden orgánico causal
 - d. Descubrir lo que en la enfermedad es modo de vivir de la persona enferma (integración de los niveles biológico, social y personal)

- 3) Concertación adecuada del componente técnico, epistemológico, gnoseológico, sociológico, ético y estético (esto último, porque en la medicina hay que distinguir lo que es ciencia de lo que es arte)⁶⁵⁹

Por un lado, y a esas alturas de siglo XX, el contenido último del juicio diagnóstico tiene a entenderse cada vez más a nivel molecular; por otro, el concepto de “especie morbosa” se está poniendo en tela de juicio. Además, la medicina, que se impone como ciencia práctica, ha ido modificando la idea del “qué” del diagnóstico. El concepto tradicional y académico nos señala la meta de la patología científico natural, según la cual el diagnóstico persigue la concepción de un desorden orgánico, susceptible de ser objetivado, descrito y entendido según las pautas técnicas y mentales de la física y la química. Frente a esto, Laín nos dice que hay más, y alude a Freud y a su influencia directa o indirecta, para poner sobre la mesa un aspecto más integral de diagnosticar. Hay que tener en cuenta que, el paciente que tenemos delante, tiene un *modo de vivir como persona enferma*, en términos lainianos. El diagnóstico tradicional no se mete ahí, y la realidad del hombre enfermo queda artificialmente parcelada cuando sólo buscamos las etiquetas del padecer orgánico. Todo esto ha traído novedades y problemas a la idea y a la práctica de la actividad diagnóstica, porque la consideración de la organicidad en exclusiva, es reduccionismo, por pragmático que sea, y el clínico ha de estar avisado al respecto.⁶⁶⁰

Por esto es tan importante una consideración de horizontes amplios ante el paciente que tenemos delante, cuando pensamos en todo ese conjunto de momentos que es lo que Laín aúna en uno: “el momento cognoscitivo”, esta parte de la ruta en la que, en el encuentro con el paciente, partimos de él para volver a él, buscando qué le sucede, qué tiene, cómo vive en medio de su enfermedad. Es caminar por el camino marcado por los clásicos: “no hay enfermedades, sino enfermos”, que Laín matiza recordando que, más bien, “hay enfermedades en enfermos”.⁶⁶¹

⁶⁵⁹ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Introducción. Págs. XXII, XXIII

⁶⁶⁰ *Op.cit.* Pág.121-3

⁶⁶¹ *Op.cit.* Pág. 21, 372

3.16.2.4 Hacia una epistemología del diagnóstico.

Nuestro autor nos cuenta, en los años sesenta, que aspira a desarrollar posteriormente una antropología de todo lo que presenta en su *Relación Médico Enfermo*. Veinte años después lo logra al terminar su *Antropología Médica*. Por algo su sucesor en la cátedra, Diego Gracia, nos recuerda que los temas en la obra de Laín son fundamentalmente antropológicos⁶⁶² (363). Pues bien, en dicha *Antropología Médica* presenta una síntesis de su epistemología diagnóstica. Pocos años antes, en 1982 había presentado en *Diagnóstico Médico* un abordaje más amplio de la misma, ya que, para Laín, cualquier disciplina científica debe articular su epistemología en torno a tres cuestiones: qué zona de la realidad conoce, cómo lo hace y qué es para dicha disciplina un conocimiento científico de la realidad. ¿Qué zona de la realidad -se pregunta el autor- puede y debe conocer y declarar un juicio clínico? Él mismo responde: debe expresar el ocasional estado de la salud de una persona, en tanto que enfermable o en tanto que enferma y susceptible de tratamiento médico. Este es el punto de partida de la epistemología diagnóstica para Laín.⁶⁶³

La labor diagnóstica, o faena, como él dice, comienza tan pronto como se encuentra el médico con el enfermo.⁶⁶⁴ Laín, intentando esbozar una epistemología del diagnóstico, apunta, además de lo dicho anteriormente, que el conocimiento diagnóstico no es científicamente puro, porque hay elementos terapéuticos en el hecho de diagnosticar que, es a la vez, conocer y actuar. Para ello, se tiene como punto de partida y de llegada la individual persona del enfermo, ya que entender el diagnóstico ha de ayudar al paciente a encajar la enfermedad en su trayectoria vital y contribuir a su proyección hacia el futuro. En todo esto, conocer la especie morbosa es un eslabón intermedio.

Laín propone que, el conocimiento de las realidades exteriores al sujeto que conoce puede ser distante (ahí queda frente a mí el objeto) e instante (modifico la realidad conocida y se me muestra de un modo nuevo). Según él, este conocimiento instante reviste tres formas:

- La medición, cuando tengo delante el mundo cósmico

⁶⁶² Albarracín A. *Retrato de Pedro Laín Entralgo...* pág. 99

⁶⁶³ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 269

⁶⁶⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág.375

- La consideración de que la pauta dinámica del “círculo figural⁶⁶⁵” rige los procesos biológicos, cuando estamos ante ellos.
- Frente a la realidad humana, la concepción metódica de la capacidad de respuesta más que de reacción del ser humano, así como su libertad creadora.

De este modo, la modificación de la realidad conocida por el médico, será técnica, cooperativa, responsiva y pesquisitiva, buscando como meta llegar al diagnóstico integral, para lo cual es necesaria algo en lo que Laín insiste: la “amistad médica”. ⁶⁶⁶

3.16.2.5 El concepto del diagnóstico. Tipos

Entralgo es un amante de cuidar bien las palabras, así como de abrir el desván y sacar a la luz la etimología de las mismas, para entender mejor su significado. Sin duda, la influencia del estilo elegante de Ortega, uno de sus maestros, está presente. Es siempre un ejercicio deseable, ya que el uso constante de las mismas puede generar la rutina de pensar que siempre estuvieron ahí y una vez conocido el significado actual, olvidarnos de sus orígenes, en los cuales muchas de las veces tendremos matices enriquecedores. También las palabras tienen historia. Por eso el diagnóstico, nos recuerda él, tiene dos requisitos etimológicos que han de cumplirse: *gnosis* (conocimiento) y *diá* como “entre”, o sea, conocer distinguiendo y *diá* como conocer “a través de”. ⁶⁶⁷ Aquí la etimología nos marca caminos:

“Diagnosticar es, por lo pronto, detenerse en la experiencia que hasta aquel momento haya brindado la relación con el enfermo, conjeturar una hipótesis que parezca explicarla técnicamente, tratar de confirmar esa hipótesis mediante un determinado recurso exploratorio. El médico elabora la hipótesis y nos situamos en un marco sobre el que trabajar. Puede ser necesario sustituir la hipótesis de partida, si la confirmación inicial no se produce, y habremos proseguir hasta que el

⁶⁶⁵ El concepto de *círculo figural*, o *Gestaltkreis*, es un modelo gnoseológico por el que von Weizsäcker pretendía explicar el flujo constante entre el “yo” y el “mundo que me rodea”. Se trata de un esquema dinámico, según el cual, ese flujo entre ambos penetra, también, a ambos. Laín lo desarrolla de modo más extenso en su obra *El Diagnóstico Médico. Historia y Teoría*, Salvat, Madrid, 1988, pp. 163 y ss.

⁶⁶⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 406-7

⁶⁶⁷ *Op.cit.* pág. 375

conocimiento del enfermo permita entender de manera satisfactoria toda la experiencia obtenida". ⁶⁶⁸

Este último quiebro en el devenir mental del clínico es lo que, en términos más modernos y desde la metodología de la entrevista clínica, se denomina “reencuadre”: pensábamos que teníamos una idea clara del panorama diagnóstico y algún nuevo dato que el paciente pone sobre la mesa nos obliga a tener que cambiar las piezas del puzle, no sin un esfuerzo añadido por parte del profesional .

Ver a un enfermo es para el médico –aunque no se lo proponga- comenzar a diagnosticarle,⁶⁶⁹ por eso luego nos hablará de la importancia de la mirada. Hasta tal punto es relevante, que en los escritos de Laín, una antropología de miradas sirve como punto de partida para proponer el desarrollo de la *opsitécnica* clínica, la técnica de observar, que debería añadirse a la educación en técnicas como se enseña la percusión, la auscultación y la exploración de los reflejos. ⁶⁷⁰ Luego nos detendremos de nuevo sobre esto, ya que la fenomenología de la mirada que descubrimos en Laín revela la variedad de posibilidades creadoras abiertas al observador, con toda una gama de intenciones y niveles. ⁶⁷¹

En el momento en que escribe su Antropología Médica para Clínicos, Laín distingue dos modos típicos de diagnosticar:

- **El diagnóstico integral**, en el que se observan todos los requisitos que exige la condición personal del enfermo.⁶⁷² En esto , Laín ya había insistido veinte años atrás. Hemos dicho en varias ocasiones que para el autor, es clave que detrás del individuo reconozcamos a la persona. Como recuerda Borrell más recientemente, resulta imposible practicar una medicina centrada en las personas, sin apreciar a la persona,

⁶⁶⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág.375

⁶⁶⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 377

⁶⁷⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 380

⁶⁷¹ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 242-3

⁶⁷² Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 376

respetar a todas las personas, sentirnos conmovidos por su fragilidad y las soluciones que cada cual arrostra para dar sentido a su biografía⁶⁷³.

- **El diagnóstico en modo deficiente.** Por desgracia, no siempre es posible hacer las cosas de un modo integral, aunque el clínico no debe renunciar a ello. Laín señala que habría tres formas deficientes de juicio diagnóstico, derivadas de la deficiencia en la concepción y en el proceder del clínico:

- **Forma forzada de diagnóstico**
- **Forma pragmática**
- **Forma doctrinaria**

3.16.2.6. El diagnóstico integral.-

Veinte años después de que lo hubiera señalado como ideal, Laín sigue manteniendo el listón elevado. El médico ha de tener voluntad de perfección en el ejercicio de su arte, lo que implica que se esté decidido a hacer un juicio clínico real y verdaderamente acabado, y también real y verdaderamente adecuado, así como ha de disponer de posibilidades para alcanzar esta meta: formación técnica y tiempo suficientes. Necesitamos ante este reto, tener clara la meta del diagnóstico, llevar a cabo la pertinente exploración clínica así como la inferencia diagnóstica.

3.16.2.7. La meta del diagnóstico.

Tradicionalmente, el médico ha buscado dar con la “especie morbosa” que padece el paciente. Actualmente, hablaríamos del cuadro clínico específico. (⁶⁷⁴AMC, 377) Es cierto que los médicos nos sentimos sumamente incómodos hasta que no encontramos cuál es la etiqueta del proceso que padece el paciente que tenemos delante. En ocasiones, nos cuesta incluso aceptar la existencia de aquellos que no ubicamos en las redes del diagnóstico diferencial. No

⁶⁷³ Borrell –Carrió, F. *Práctica Clínica Centrada en el paciente...* pág. 15

⁶⁷⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 377

nos planteamos si tal vez falla el paradigma. *“Usted no tiene nada porque no encaja en nuestras clasificaciones diagnósticas actuales”*, podemos terminar diciéndonos a nosotros mismos o, lo que es peor, diciéndoselo directamente a un paciente con patologías aún no bien conocidas. En estas ocasiones, nos sentimos huérfanos de precisión, incómodos nosotros y el paciente desamparado. Esta cruda realidad pone ante cada generación el reto de lo mucho que queda por investigar. No obstante, Laín reconoce la utilidad de dar los pasos necesarios para el diagnóstico clásico y, sin embargo, quiere hacer varias observaciones al respecto, si se quiere llegar a un diagnóstico integral:

- 1) Que ante todo y primariamente, “enfermedad” es un estado vital y un modo de vivir
- 2) Que las individualidades del proceso morboso, son el resultado, en realidad, de combinar entre sí la influencia de las determinaciones típicas de la vida del hombre y que podríamos tener dificultad en captar la personal individualidad de un ser humano si sólo nos atenemos a los datos de edad, sexo, biotipo, raza... en el momento de considerar si “constitución individual”
- 3) Que en el conocimiento de la enfermedad de un hombre ha de tenerse en cuenta el personal modo de vivir que ante todo es la enfermedad humana y cuál es la incardinación de éste en la biografía del enfermo.⁶⁷⁵

Así, la meta del diagnóstico integral es el conocimiento médico de un enfermo en tanto que persona enferma.⁶⁷⁶ Una vez más, tras el individuo y el episodio morboso, una persona en cuya biografía irrumpe la enfermedad. No sólo hay biología, sino biografía.

3.16.2.8 La exploración clínica.

El médico puede y debe considerar en la exploración el doble modo de presentarse ante él la persona humana: “organismo personal” y “persona orgánica”⁶⁷⁷

⁶⁷⁵ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 377

⁶⁷⁶ *Op.cit.* pág. 37

⁶⁷⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 378

3.16.2.8.1 Exploración del organismo personal

Aquí el médico debe detectar la lesión orgánica y el agente causal. El explorador ve en el enfermo un organismo personal, o, como Laín dice, un psicoorganismo personal, siendo en primer término, el objeto de su pesquisa la alteración del organismo y de la psique.⁶⁷⁸ Como es de esperar, el clínico pondrá en marcha para ello toda la serie de recursos exploratorios a su alcance.

3.16.2.8.2 El papel de la mirada

Laín trae de la mano a Sartre, ya que según este, la mirada entre dos hombres es en su esencia un conato de objetivación recíproca, una pugna entre dos libertades, en la cual cada uno trata de convertir a la otra en puro “objeto”. Más contundente suena Ernst Jünger, cuando dice que *“toda mirada es un acto de agresión”*.^{679,680} ¿Es esto así? Aunque algunas veces pueda serlo, evidentemente, no siempre lo es. De hecho, cuando médico y enfermo se encuentran entre sí, lo primero que hacen es mirarse y saludarse (o al menos, deberían). *“En un consultorio público o privado, en una sala de hospital o en otro lugar cualquiera, un enfermo y un médico se encuentran entre sí. ¿Qué sucede entre ellos? Por lo pronto... que mutuamente se miran”*.⁶⁸¹ “Cuando alguien se me acerca, veo antes la expresión de su mirada que el tamaño y el color de sus ojos; como decía Sartre, la mirada se adelanta a los ojos, los enmascara”.⁶⁸² Asimismo, Laín subraya que “mi mirada... es centro vector de mi expresión” y tiene intención y profundidad. Hasta cinco posibles intenciones desgrana Laín en la intención de la mirada: inquisitiva, objetivante en sentido estricto, receptiva o abierta, petitiva, y efusiva o autodonante.⁶⁸³ Con la mirada, pues, podemos preguntar, objetivar, acoger, implorar o entregarnos al otro.⁶⁸⁴ Si nos fijamos en la profundidad a la que

⁶⁷⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 384

⁶⁷⁹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 163

⁶⁸⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.302

⁶⁸¹ *Op.cit.* ... pág. 300

⁶⁸² Laín Entralgo P. *Teoría y realidad del otro...* Tomo II, pág. 82

⁶⁸³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 300

⁶⁸⁴ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 243

intentamos llevar la mirada cuando tenemos al otro delante, Laín, no exento de un cierto lirismo, propone tres tipos principales: la mirada superficial, la mirada al alma y la que mira al fondo del alma:

1.- Mirada superficial. Es la mirada a la superficie del cuerpo, la simple mirada a los ojos, ilustrándolo con la cita de la obra de Unamuno: “¡Mírame a la mirada, no a mí!”⁶⁸⁵ (399)

2.- Mirada del alma. Esta mira a lo que en aquel momento “contiene” la conciencia del otro: pensamientos, sentimientos, etc.

3.- Mirada al fondo del alma, a la zona del ser en la que se está actualizando la libertad. Esta, debió ser, dice Laín, la que Cristo dedicó a Pedro en esos momentos críticos en el patio del sumo sacerdote, penetrando al máximo. ⁶⁸⁶

Actualmente, se subraya la importancia del valor simbólico del primer minuto de entrevista clínica y se constata la dificultad del clínico en gestionar adecuadamente ese momento. Ruiz Moral apunta en su experiencia docente con profesionales de la salud que, de todas las conductas que se pueden mostrar en la recepción del paciente, esa es la que más echaron de menos, al observar su ausencia en sus propias interacciones con pacientes en esos momentos iniciales. En su estudio sobre el recibimiento entre residentes y pacientes en consulta, estos mantuvieron un contacto visual de sólo cinco segundos de media, enfocando generalmente la atención en el ordenador⁶⁸⁷ (390). Lo cierto es que conviene que el médico deje todo lo que tiene entre manos y haga del paciente el centro del acto clínico (55). Mantener la mirada mientras se recibe al paciente es un indicador del grado de atención e interés que ofrecemos a nuestro interlocutor.⁶⁸⁸ Esto seguirá siendo una prioridad mientras el paciente salga al encuentro del clínico o viceversa. Laín ya lo había subrayado lustros antes: “*Ver a un enfermo es comenzar a diagnosticarle*”. Pero, como nos recordará Ortega, maestro

⁶⁸⁵ Unamuno M de. La esfinge. La venda. Fedra. Madrid: Clásicos Castalia; 1988. Pág. 106

⁶⁸⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 303

⁶⁸⁷ Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar...* pág. 111

⁶⁸⁸ *Op.cit.* pág. 111

de Laín, “*hay sobre el pasivo ver un ver activo, que interpreta viendo y ve interpretando, un ver que es mirar*”⁶⁸⁹ (400) Ahora bien, aunque Goethe dijera que “*el órgano con que yo he comprendido el mundo, es el ojo*”, refiriéndose al arte, ya que había vivido su niñez entre pintores.⁶⁹⁰ En el quehacer clínico, siendo imprescindible la mirada, toda la información que nos da la mera aunque fascinante observación, nos puede llevar a interpretaciones erróneas y a lo largo del encuentro con el paciente hemos de comprobar si lo observado responde a lo interpretado. De hecho, Laín anticipa esto al advertirnos de que:

a) No hay miradas “puras o exentas”, ya que toda mirada pertenece a una totalidad expresiva, de la cual son partes principales la expresión verbal, el gesto del rostro y la actitud;

b) Sólo puede ser comprendida una mirada poniéndola en relación con la situación de la que surge, y que nada es más *equivocante* y azorante que el empeño de comprender lo que unos ojos por sí mismos nos dicen.

c) La comprensión de la mirada requiere tener en cuenta la posible discrepancia entre la expresión real y la intención expresiva. Cuando la palabra asuma la función central y organizadora de la comunicación interpersonal, la mirada seguirá en su papel secuaz y acompañante.⁶⁹¹ El médico ha de estar atento a esto, entrenándose constantemente para ser un decodificador, ya que la mirada se queda corta sin los silencios, la palabra y el paralenguaje.

Al fin y al cabo, escuchar es prever lo que nos van a decir y sorprendernos cuando no coincide.⁶⁹² Pero no se puede escuchar plenamente sin poner en juego la mirada, que el médico habrá de saber administrar, sin distraerla y sin fijarla en el paciente hasta extremos que serían molestos para él. Más aún: las miradas que pasan entre médico y enfermo durante la exploración diagnóstica deben cobrar una dimensión creativa.⁶⁹³

La mirada del enfermo puede ser expresión de necesidad de ayuda, o también convertirse en exigente, retadora, recelosa, si el perfil responde al de un paciente demandante, “en el pedestal de su derecho”.⁶⁹⁴ Puede que el paciente tenga en su mirada dosis de entrega,

⁶⁸⁹ Ortega y Gasset J. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Cátedra; 2007. Pág. 115

⁶⁹⁰ Ortega y Gasset J. *Meditaciones del Quijote* ... pág. 138

⁶⁹¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría* ... pág. 301

⁶⁹² Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*... pág. 31

⁶⁹³ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo* ...pág. 244

⁶⁹⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría* ... pág.304

de autodonación y efusividad, cuando se ha producido ese difícil proceso que acepta la enfermedad con íntimo y callado heroísmo, ya sea desde un espíritu religioso o desde un alma secularizada. ⁶⁹⁵ Laín no incluye un dato tremendamente significativo para el clínico: que el paciente sencillamente tenga la mirada ausente, perdida, lo que nos orientará hacia el área de la muy probable psicopatología. A todo eso ha de estar atento el profesional sanitario, quien debe otorgar una mirada envolvente (que envuelva y proteja) inquisitiva y objetivante, ya que el médico, discreta pero atentamente, busca con la mirada claves semiológicas, es decir, su mirada es objetivante.

La mirada del médico es expresiva y *signitiva*, ⁶⁹⁶ discrepando Laín de la mencionada interpretación sartriana de que la mirada ha de ser exclusivamente objetivante. Con su mirada, el médico ha de buscar ambas cosas: la intelección del dato exploratorio y la exploración del organismo personal y de la persona orgánica. Laín propone la elaboración de una *opsitécnica* clínica en la que se enseñe a los médicos a mirar objetivadora y personalmente la total realidad del enfermo, ⁶⁹⁷ *“Si la clínica auténtica es, como ha escrito Jiménez Díaz, la que ejercita un hombre frente a otro hombre, el arte de la mirada...debe ser al primero de los saberes de todo médico que no quiera olvidar su condición humana”.* ⁶⁹⁸

⁶⁹⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 304

⁶⁹⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 379

⁶⁹⁷ *Op.cit.* pág. 380

⁶⁹⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 306

3.16.2.8.3 La palabra.

“Porque -yo lo he visto- cuando habláis olvidados del ritmo ruin de vuestra vanidad
y con toda la humildad de vuestra alma inspirada, yo he visto a las gentes que antes distraídamente os escuchaban,
iluminárseles los ojos, encendérseles las mejillas,
alentar sus bocas entreabiertas
y sonreír con beatitud entre lágrimas,
rindiendo sus cuerpos para ser espíritus llevados a la divina esfera.
Les he visto mirarse unos a otros maravillados y dichosos de verse juntos
redimidos de toda contingencia por el encanto que les era desconocido
de la palabra absoluta.”
(J. Maragall) (401)

Es el clásico interrogatorio o anamnesis (que etimológicamente nos lleva a la idea de traer de nuevo el recuerdo) en el que insistimos adecuadamente ante el paciente para sacar de sus memorias, a veces enterradas, todo aquello que sabemos que puede aportar luz sobre su proceso. Cultivarlo es un arte. No basta con hacer una sola vez las preguntas. Hay que ayudar al paciente a ir al trastero de los recuerdos guardados y abrir la puerta, llamando varias veces con diferentes formas de preguntar, para tener una mayor aproximación a lo que pueda ser de interés.

La palabra nos es imprescindible. El hombre posee la impresionante libertad de hablar y callar. Hoy en día, en la era de la interconexión global (que no siempre es comunicación) y de las redes sociales, hay todo un arsenal de posibilidades para hacer llegar a unos y a otros nuestras opiniones. Sin embargo, nada como la palabra en vivo y a ser posible en directo. Hasta para los políticos, a pesar de las imponentes maquinarias mediáticas y propagandísticas, es determinante cómo se baten el cobre en forma de discurso oral o debate. No podemos prescindir de la palabra. Laín nos recuerda que el hablar propio del hombre no es sólo un “hablar de” sino que es también y siempre un “hablar a”; a la postre, con otra persona, sea ésta otro hombre o la persona trascendente e infinita de Dios. Hasta el aparente monólogo tiene un sentido concreto. “*Quien habla solo espera hablar a Dios un día*”, decía Machado (402). En la soledad de nuestro pensamiento, uno está dialogando casi siempre con personas a las que conocemos o interactuando en una escena imaginada donde hay otras personas.⁶⁹⁹ Todo *légein*, todo “decir”, es en realidad un *dia-legein*, un decir por, a través, a causa de, o sea,

⁶⁹⁹ Borrell –Carrió, F. *Práctica Clínica Centrada en el paciente...* pág. 23

dialogar, como diría un griego. Por eso la existencia humana es “dialógica” y así ha de serlo la medicina.

¿Podemos imaginar una medicina humana sin la palabra? Laín ha explorado abundantemente el papel de la palabra en el devenir terapéutico a lo largo de los siglos y, aunque la medicina fuera etiquetada hace siglos de “arte muda” por Virgilio, y muchos fueron quienes no quisieron emplear la palabra como recurso curativo,⁷⁰⁰ en la obra de Homero hay dos modos de emplear la expresión verbal para conseguir la curación de un enfermo o ayudar a ella: la plegaria a los dioses para pedir la salud, y la conversación sugestiva y roborante con el enfermo.⁷⁰¹ Platón hablaba de la existencia de una medicina sin palabras, tiránica, propia del tratamiento de los esclavos, en la que el médico no admite la menor explicación sobre la enfermedad del paciente y prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, “como si estuviese al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano”, y otra medicina “verbal” o amistosa, la que resulta de la conjunción técnica entre un médico libre y un hombre libre (402).

Cuando irrumpen los avances científicos y la medicina es considerada auténticamente como ciencia, surgen otros retos. Laín cita con frecuencia lo que, al parecer, contaba Gustav von Bergmann acerca de un ilustre clínico alemán de finales del siglo XIX, Leube, quien solía decir a sus discípulos: *“El tiempo empleado por el médico para hacer un buen interrogatorio, es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico”*, proponiendo que el médico se limitara exclusivamente a los datos de una exploración puramente científico natural⁷⁰² (235,402). Si duda, las propuestas positivistas, promotoras de grandes avances científicos (a los que nunca hemos de renunciar), tienen también sus riesgos, puesto que se puede llegar a ser un doctrinario unilateral del positivismo. La consecuencia en el trato con la humanidad doliente es que podemos degradar el nivel ontológico del *ser personal* a un nivel de *pura naturaleza cósmica perturbada y deficiente*. De hecho, la historia de la medicina nos ha dejado ejemplos palmarios de hasta dónde nos puede llevar la visión científico-natural llevada a un extremo, asunto, por otro lado, ante el que necesitamos vacunarnos periódicamente y del que Laín hablaba ya en su *Medicina e Historia*, la que fuera su tesis doctoral en 1941.

⁷⁰⁰ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 8

⁷⁰¹ *Op.cit.* pág. 29

⁷⁰² Laín Entralgo P. *La empresa de ser hombre...*pág. 227

Así, Schönlein tenía fama de tratar con “divina rudeza” a todos sus enfermos, independientemente de su condición social, Skoda, quien hacía espectaculares diagnósticos, se instalaba en el “nihilismo terapéutico”, no haciendo prescripción alguna (“Bah, todo viene a ser lo mismo”, decía) si bien, no hemos de olvidar la escasez de recursos terapéuticos del XIX. También describe la forma de actuar de Fournier, quien hacía diagnósticos en serie ante los enfermos que pasaban delante de él. Al fin, el enfermo hospitalario era, en principio, la suma de un objeto científicamente cognoscible y modificable y una persona desconocida⁷⁰³ (402). Es indudable la vigencia en todo tiempo que esto tiene. Cuando el personal sanitario realiza el pase diario en la planta de un hospital o va atendiendo en el marco de una consulta, siempre estará ante nosotros el reto de descubrir, tras las diferentes patologías, a la persona que las padece.

Todo esto no rebaja la preponderante importancia de la palabra. De hecho, Laín considera al médico y al enfermo como coautores de la terapia verbal, en la que entraremos más adelante. Pero si hay algo que el médico hace sobre todo –debe hacer- es dialogar con el paciente y Laín, junto con Siebeck y von Weizsäcker, ha reparado en la importancia de la anamnesis personalista. Sin duda, tenemos delante al Laín psiquiatra y filólogo⁷⁰⁴. El ejercicio de la medicina, en el que el médico aspira a ser médicamente amigo de sus pacientes, podría definirse como *afable donación de ayuda técnica al semejante enfermo*. Laín nos lleva de nuevo ante la etimología: Afable, procede del verbo latino *affabilis*, y este del verbo *ad-fari*, “hablar a”. No se puede enmarcar en el término el significado actual (agradable en la conversación y en el trato) sin el ingrediente de la palabra. Esta es concebida como la expresión propia de la persona humana y en dicha palabra se expresan:

- Una inteligencia que, además de reflejar pasiva e intelectivamente la realidad por ella conocida, crea en alguna medida -“cuasicrea”- diría Zubiri modos de ver y entender la realidad.
- Una libertad capaz de hacer personalmente suyo lo que penetra dentro del área de la vida
- Una responsabilidad moral (402).

⁷⁰³ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 119

⁷⁰⁴ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 245

Para Laín, la palabra del hombre es la expresión y el testimonio de una afabilidad de la persona, que, en el orden de la asistencia médica, tiene su expresión en la afabilidad propia del terapeuta cristiano y del terapeuta moderno, sea o no cristiano, cuando y otro se esfuerzan por entender y tratar al enfermo como persona (402).

En *El Silencio y la Palabra del Médico*, Laín explica las que son, en su opinión, las tres formas cardinales de expresión verbal del médico:

- La palabra inquisitiva, con la que conducimos el interrogatorio
- La palabra imperativa, con la que gobierna el clínico la naturaleza del enfermo (“Diga treinta y tres”)
- La palabra descriptiva, a la que recurre el médico para comunicar al paciente lo que tiene (402).

De tal importancia es para Laín, que se para a considerar las funciones de la expresión verbal. Para describirlas, se apoya en la descripción de Karl Bühler (1879 – 1963), psicólogo, lingüista, filósofo y pedagogo. En su libro de 1934, *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache* (traducido por Julián Marías: *Teoría del lenguaje*, Madrid, Revista de Occidente, 1950) Bühler propone el modelo del *órganon*, representación triangular del acto de habla, que deriva en tres funciones: la vocativa, apelativa o de llamada (*Appellfunktion*), otra expresiva o notificadora (*Kundgabe*) y otra nominativa o representativa (*Darstellungsfunktion*). Al fin y al cabo, quien habla a otro le llama, le notifica y nombra eso que le notifica y, en ocasiones, llama, notifica y nombra a la vez.^{705,706,707} Sin embargo, Laín entiende que este valioso esquema debe completarse en dos sentidos. Primero, porque a estas funciones del lenguaje es preciso añadir otra: la función *seductora*, ya que quien habla a otro, sólo por el hecho de hablarle, le subyuga o seduce (o le *anti-seduce* si la expresión es hiriente o torpe).^{708,709} Cuando la seducción es intensa, llega a hacerse “fascinación”. Si es menos intensa, estamos ante la persuasión. Eso, en quien escucha. Pero en segundo lugar, Laín propone completar a

⁷⁰⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.309

⁷⁰⁶ Laín Entralgo P. *La empresa de ser hombre...*pág. 114

⁷⁰⁷ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...*Pág. 339, 395

⁷⁰⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 164

⁷⁰⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 310

Bühler recordando que la función vocativa tiene el reverso de lo que él denomina la función de compañía o *sodalicia*. De hecho, según Laín, todas las funciones tienen un reverso:

- Por ejemplo, cuando llamamos a alguien haciendo uso de la función vocativa, no sólo producimos un efecto en la persona aludida, sino que el hacerlo nos hace vivir incipientemente acompañados por él. Es la función *sodalicia* (*sodalis*, el compañero).⁷¹⁰ En este sentido, pienso en la importancia que tiene, en el acto clínico, que el médico en persona salga a la puerta a llamar a su paciente por su nombre, mientras le mira. Sin duda, puede contribuir a una mejor recepción desde el primer instante. Hasta donde me consta, en nuestro medio sólo ocurre de modo generalizado en el entorno de la Atención Primaria.
- La función notificadora o expresiva lleva en sí una función liberadora, catártica.
- La nominativa lleva como reverso una función esclarecedora. Nombrar lo que hay en nuestra conciencia ordena y esclarece en alguna medida nuestra intimidad.
- La función suasoria es también de autoafirmación, porque quien persuade a otro se afirma a sí mismo.^{711·712}

El diálogo entre médico y enfermo es siempre y a la vez, diagnóstico y terapéutico. Ahora bien, esto no es óbice para que técnicamente convenga separar la *anamnesis* (diálogo en que predomina la intención diagnóstica) y la *logoterapia o psicoterapia verbal* (el coloquio de intención plenamente terapéutica). La participación del médico en la anamnesis, a nivel formal, comprende todos los elementos de la comunicación que vamos mencionando: paralenguaje, palabras y silencios⁷¹³. Se deja Laín algunos elementos de la comunicación no verbal con enorme capacidad de influencia, como es todo el conjunto de la proxémica, término propuesto por el antropólogo Edward T. Hall en 1963, para describir las distancias medibles entre las personas mientras estas interaccionan entre sí, con referencia al empleo y a la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal; de cómo y con quién lo utiliza. En la relación clínica, implica todo lo relativo al manejo del espacio físico que rodea al

⁷¹⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 310

⁷¹¹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 165

⁷¹² Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 246

⁷¹³ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 164, 166

proceso comunicativo y que influye en éste, tales como la existencia de barreras físicas -en el modelo anglosajón la mesa no se pone entre médico y paciente-, el mantenimiento de la distancia adecuada, variable según culturas, etc. El médico, desde el inicio del coloquio anamnéstico, debe procurar:

- a) Limitar al máximo las expresiones paraverbales de carácter involuntario
- b) Hacer tenues las expresiones paraverbales voluntarias
- c) Elegir expresiones sonoras paraverbales que hagan patente su voluntad de acogida.

Propone en cualquier caso, que se haga patente la voluntad de ofrecer un “ámbito de refugio” ante la necesidad del enfermo.⁷¹⁴ Con sus palabras, cumplirá ante todo las cuatro funciones activas del lenguaje (vocativa, notificadora, nominativa y suasoria) y a través de ella (interrogando, indicando, y orientando suave y discretamente) gobernará su coloquio con el enfermo, oyéndole con atención y benevolencia. Posiblemente vemos aquí el eco del modelo paternalista mayoritario en la época en la que nuestro profesor habla, ya que sabemos ahora que el mejor clínico es el que domina las herramientas de la comunicación, no tanto pretendiendo con ello “gobernar el coloquio”, sino centrando la entrevista en el paciente, y todo ello con una baja reactividad, es decir, escuchando mucho y no hablando tanto. No obstante, Laín no es ajeno a esto cuando menciona que nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla. Y es que los silencios dicen mucho.

3.16.2.8.4 El silencio

Cualquier médico, a lo largo de su ejercicio clínico, va a comprobar la importancia del silencio en la comunicación. Erróneamente, se le teme y, sin embargo, debe ser bien gestionado usándolo, esperándolo y aprendiendo a esperar en medio de él. El ser humano, al fin y al cabo, pasa la mayor parte de la vida silencioso, ya que a pesar de ser *animal loquax*, es también *animal taciturnum*⁷¹⁵ y difícilmente podría exagerarse la importancia del silencio en la

⁷¹⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 31-5

⁷¹⁵ *Op.cit.* pág.312

vida del hombre.⁷¹⁶⁻⁷¹⁷ Laín nos recuerda que, por tanto, no sólo fonemas verbales y paraverbales hay en la anamnesis clínica. Hay también silencios, tanto por parte del médico como del paciente. En 1964, Laín nos dirá que, cuando el silencio cumple una función expresiva en la vida del hombre, puede adoptar, según él, tres modos formales principales y lo mantiene en 1984, en su Antropología:

1. **El silencio presignificativo**.: el fondo de silencio sobre el que se levantan las palabras
2. **El silencio significativo**: aquel con el cual se quiere expresar algo, en los que la mirada, el gesto, son el cauce principal de la intención expresiva
3. **El silencio transignificativo**: hay que entenderlo desde dos puntos de vista distintos: 1) por un lado, el que recibe las palabras las puede entender con suficiencia, dando un tiempo de silencio, 2) cuando estamos ante realidades inefables, por afectar a las ultimidades de la existencia. Cita a Ortega cuando éste dijo: “si se quiere, de verdad, hacer algo en serio, lo primero que hay que hacer es callarse” .Es también, en esta época cuando Laín va más allá significando el silencio y, eso que, según Ortega, ha de hacerse “en serio”, puede revestir otros tres modos distintos de silencio:
 - **El silencio de evidencia**: aquel al que nos sentimos movidos para poseer la verdad descubierta por la nuestra inteligencia. Según Laín, sólo en silencio puede el hombre entender plenamente lo que de realidad entiende.
 - **El silencio de la comunión interpersonal**. Mientras el ser personal se comienza a dar mediante obras y palabras, sólo en el silencio puede acabar de darse. Tiene lugar cuando la vinculación amorosa se hace realmente íntima y plenaria
 - **El silencio del abismamiento**: aquel que tiene lugar cuando la existencia del hombre se sitúa frente a su ultimidad, y, de modo eminente, ante su propia muerte.⁷¹⁸

⁷¹⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo*. ...pág. 166

⁷¹⁷ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo* ...pág. 355

⁷¹⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría* ... pág. 313

En lo que sería el resumen de la Relación Médico Enfermo, el libro “El Médico y el Enfermo”, Laín abandona toda esta riqueza (o tal vez exceso) de tipología silenciosa, para ceñirse a consignar que el paciente calla, a veces, por razones negativas: sencillamente no sabe qué decir. En otras ocasiones, porque quiere expresar algo, es decir, por razones claramente positivas. Aquí Laín simplifica su terminología señalando dos tipos de silencios: Por un lado, el significativo (el paciente calla para decir sin palabras lo que es penoso verbalizar) y por otro el transignificativo, que Laín sitúa en el escenario del enfermo ante su propia muerte ante la experiencia de su enfermedad.⁷¹⁹ Mantendrá este esquema en la teoría sistemática sobre el Diagnóstico Médico.⁷²⁰

La gestión de la palabra y el silencio ante la propia muerte es tratado también por Laín. Señala que ha de hacerse una discreta psicoterapia con la palabra oportuna y el silencio. Hay un momento en que la enfermedad, o el sentimiento de la misma, es *morbus ante verbum*, para pasar luego a ser *morbus in verbum*: médico y enfermo hablan de ella y puede llegar el momento, sobre todo cuando el pronóstico vital es infausto, a ser *morbus ultra verbum* y aquí Laín cita a Kübler Ross: “los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un enfermo moribundo *en el silencio que va más allá de las palabras* sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cesar del funcionamiento del cuerpo”. Al fin y al cabo, según Tagore:

“La pequeña verdad tiene palabras claras
la gran verdad tiene un gran silencio.”

Con todo esto en mente, deja en negro sobre blanco la propuesta de promover entre los semiólogos la necesidad de una bien elaborada “logotécnica”.⁷²¹

⁷¹⁹ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 166

⁷²⁰ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 340

⁷²¹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 382

3.16.2.8.5 El paralenguaje

“Se puede mentir con la boca,
pero la expresión que acompaña a las palabras dice la verdad” (F. Nietzsche)

Considerando el marco de la comunicación no verbal, hemos de recordar que nos da la clave para la interpretación de un mensaje, ya que es la más adecuada para la transmisión de las emociones y los sentimientos (alegría, cariño, temor, desesperación...) y es la que regula los mensajes verbales. Su poder es enorme. Algunos autores consideran que, gracias a este tipo de comunicación, los humanos transmitimos la mayor parte del significado de nuestros mensajes ⁷²² (390,403,404).

No se trata sólo de decir, sino de cómo articulamos la palabra. Cuando hablamos, hay toda una serie de gestos, entonaciones, miradas, que comunican más de nosotros que el propio verbo, acompañándolo. Es, en concreto, el paralenguaje. Borrell nos recuerda que, en el fondo, el ser humano es gestualidad. y que incluso cuando pensamos, nos imaginamos en palabras o gestos. El ser humano nace para la comunicación y, es, en el fondo, gestualidad. Así principalmente nos lo presenta Borrell, entendiendo el paralenguaje como un tipo de gestualidad, adquiriendo como tal los cuatro valores de cualquier gesto: el del emblema, el ilustrador, el adaptador, y el regulador. Más allá de estos valores, el paralenguaje nos informa del idiolecto (variedad local en la manera de hablar), nos dice mucho de la persona, tanto en aspectos de personalidad y carácter, como de su habilidad para usar el paralenguaje y hacerse escuchar y entender mejor. ⁷²³ Lógicamente, todo esto tiene mucha importancia para el entrevistador experto, en una doble vertiente: por un lado, será más capaz de seguir las emociones más inaparentes de su entrevistado y, por otro será, más capaz de percatarse de sus propias emociones, cosa que no resulta sencilla, porque no siempre coincide aquello que somos con lo queremos ser. El explorador ha de estar muy atento a una serie de errores de atribución que fácilmente se pueden cometer: por ejemplo, aquellos pacientes con una apariencia similar a la nuestra suscitan en nosotros un mecanismo de identificación y es más fácil que esa persona nos inspire confianza o, en otras ocasiones, quien tiene una voz grave origina una sensación de autoridad y de confianza en sí mismo que puede estar muy lejos de la

⁷²² Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar...* pág. 105

⁷²³ Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas...* pág. 69

realidad. También puede ocurrir que la rapidez de reflejos puede ser erróneamente asociada a una mayor inteligencia, un olor corporal desagradable nos producirá incomodidad y animadversión, sensaciones que habrá que superar en el encuentro clínico; o determinados tonos de voz pueden generar rechazos. En fin, todo un abanico de posibilidades en el escenario de la comunicación de posibles estereotipos paraverbales que nos plantean el reto de ser identificados honestamente en primer lugar, para saltar por encima de ellos a continuación.⁷²⁴ Por eso es importante escuchar el paralenguaje ajeno y el propio, ya que es una fuente rica y exacta que nos aproxima a estas emociones ocultas, a lo que de verdad sentimos. De la misma manera, pulir el paralenguaje nos obligará a atender de manera más paciente y, en general, a reenfocar nuestras primigenias emociones.⁷²⁵

Pues ya Laín, tanto en la Relación Médico Enfermo de 1964 como en su Antropología Médica veinte años posterior, apunta lo que la investigación sigue refrendando décadas después: las expresiones paraverbales poseen considerable importancia clínica, especialmente cuando se producen durante los primeros minutos de la relación médica, y no poco de lo que será la vinculación afectiva entre el médico y el paciente se inicia, en efecto, en esos primeros minutos.⁷²⁶⁻⁷²⁷ “Llamo expresiones sonoras paraverbales o formas paralingüísticas del lenguaje, a todos los elementos fonéticos no configurados como palabras que surgen en la conversación y que de algún modo intervienen en esta. Cuando hablo con otro, no sólo me expreso con palabras y gestos. Junto a las palabras propiamente dichas, queriéndolo yo unas veces, sin quererlo otras, voy profiriendo sonidos muy diversos: suspiros, o conatos de suspiro, respiraciones profundas, exclamaciones más o menos reprimidas, arrastre de consonantes, nasalización de esta o la otra sílaba, interrupción súbita y breve de una frase o una palabra, etc.”.⁷²⁸ Recordemos que Laín es un estudioso de Von Weizsäcker, quien veía la enfermedad como un suspirar de la criatura.⁷²⁹ “En su concreta realidad, -sigue diciéndonos el autor- no hay palabras “fonéticamente puras”. Pues bien, todos estos sonidos no estrictamente verbales, intermedios entre la palabra y el gesto, tienen parte considerable en la comunicación verbal:

⁷²⁴ Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas...* pág. 33

⁷²⁵ *Op.cit.* pág. 70

⁷²⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 380

⁷²⁷ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 191

⁷²⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 308

⁷²⁹ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo ...*pág. 250

son, como he dicho, los elementos paraverbales de la expresión”.⁷³⁰ Laín menciona aquí el trabajo de Pittenger y Danehy, dos psiquiatras norteamericanos, junto con Ch.F. Kockett, antropólogo lingüista de la Universidad de Cornell: *The First Five Minutes*, dado a conocer por Rof Carballo, trabajo que este último denomina abrumador, en el que los autores explican en ciento ochenta páginas, todo el conjunto de hábitos verbales y paraverbales que se pudieron observar en cinco minutos de una entrevista médica recogida en cinta magnetofónica. Se constata así, de modo empírico, la gran importancia de estos fenómenos paraverbales de la comunicación interpersonal, sobre todo en los primeros minutos de entrevista médica (405,406).

Laín cita a Rof en lo que entiende como conclusiones:

- 1) Junto a los “hábitos verbales” de la comunicación (las palabras) hay en ésta el mundo de los “hábitos paraverbales” en cuya emisión y configuración tienen parte el medio social en que se ha formado el sujeto, la personalidad de éste y la particular situación en que se habla. Por cierto, el papel del medio social, en esto y en tantos aspectos de la relación clínica, será estudiado por Laín en el marco del “momento social” de dicha relación
- 2) Las expresiones sonoras paraverbales son unas veces voluntarias y otras involuntarias y manifiestan la situación emocional del sujeto, tanto respecto del tema por él tratado como en relación con la persona a que entonces está hablando.
- 3) La relación entre el médico y la enfermedad está en todo momento condicionada por las experiencias previas de cada uno de los interlocutores en otras situaciones análogas.
- 4) Los modos de la relación entre médico y enfermo hoy (entiéndase, 1961) tópicamente llamados “transferencia” y “contratransferencia” se establecen de ordinario muy rápidamente, ya en los cinco primeros minutos de entrevista clínica.

⁷³⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 308

Laín recuerda que la investigación neurofisiológica y bioquímica de su época deja constancia de que todo lo “psíquico” es a la vez “somático”, constatando la honda participación del cuerpo en la expresión paraverbal. El clínico ha de aprender a percibir todo esto, porque no puede haber una clínica fina si el que la práctica no ha aprendido a oír, mucho más que sutilmente.⁷³¹ En el artículo citado de Rof Carballo, llama la atención el énfasis de este autor en que el clínico se percate de que *“cuando un enfermo cuenta sus molestias, está diciendo muchas otras cosas que el médico no acierta a oír”*, por la tendencia de este a estructurar enérgicamente la entrevista. Se pierden así señales que pueden llevarnos a una mejor comunicación y por ende, a un mejor diagnóstico. Es interesante la clarividencia de Rof Carballo, padre de la medicina psicosomática en España, cuando en 1961 señala que algún día todo ese mundo de la cinésica y lo paraverbal serían objeto de estudio mucho más detenido, como finalmente ha ocurrido en los últimos años.

Todo esto, ya desde los primeros cinco minutos de encuentro. En la época en la que Laín escribía estas palabras, todavía no había tenido su pleno desarrollo la socialización de la medicina, que él veía venir.⁷³² Hoy en día, en muchos ámbitos del quehacer médico, cinco minutos es todo lo que se tiene. Por tanto, es necesario que se trabaje desde todas las instancias para dotar al médico de una de sus herramientas imprescindibles de trabajo: el tiempo. A la vez, el clínico ha de formarse en captar las esencias del paralenguaje y todo el resto de aspectos de los que se compone la comunicación, para, desde el primer minuto, dar de sí todo lo posible, aceptando el reto que las limitaciones estructurales nos supone.

3.16.2.9 La anamnesis

El médico ha de ser sensible a la experiencia de la anamnesis. Es necesaria una conciencia metódica a la hora de proceder al diagnóstico, cosa que ya apareció en la Grecia del V a C y, con altibajos, ya no desaparecerá de la mente del clínico. Desde el siglo XIX, tendrá lugar un progreso a este nivel, tanto técnico como aditivo.⁷³³ Laín se hace eco de que Lauda ha llegado a denunciar la existencia de una “guerra” entre la medicina ante el enfermo y la

⁷³¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 309

⁷³² Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 207

⁷³³ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 181

medicina de laboratorio, cuando lo que ha de haber es una cooperación.⁷³⁴ Pese a los fabulosos avances que en la exploración objetiva se han producido desde entonces, no hay un clínico en la actualidad, ni siquiera los más entusiastas de la informática médica, que no pondere el insustituible valor diagnóstico de la anamnesis. Para Lauda, una buena anamnesis permite por sí sola diagnosticar el 70% de los casos. Más cauto, J Bauer lo deja en el 55% para la inspección y la anamnesis.⁷³⁵ Por algo solía decir Marañón que el instrumento que más ha contribuido al progreso de la medicina era la silla, ese sencillo mueble que representa el centro de operaciones de la adecuada anamnesis, aunque, según Borrell, el principal reto bioético del clínico es: *“levantarse una y otra vez de la misma”*.⁷³⁶ Gross escribe, por su parte: *“Mediante nuestros recursos técnicos, incluidos entre ellos el computador, debemos ganar tiempo para la anamnesis como encuentro interhumano, no quitar tiempo a la anamnesis”*, ya que si el médico es clínico e intelectualmente ambicioso, también aspirará a llegar a la vida personal y social del enfermo, pudiendo llevar a cabo tanto la exploración del desorden orgánico como la simultánea exploración de lo que en la enfermedad es modo de vivir.⁷³⁷ Para ello, los principales recursos son la anamnesis y la información social. De hecho, Laín cita a Gross para recordarnos que: *“Una buena y personal anamnesis es ... el arma secreta con la cual el médico práctico de hoy y de mañana podrá subsistir junto a los más tecnificados de sus colegas”*. Eso sí, para la práctica de una buena anamnesis, dice Ask-Upmark, son necesarios cuatro ingredientes: Tiempo suficiente, adecuados conocimientos técnicos, buen tino para el conocimiento de los hombres y cierta capacidad de intuición.⁷³⁸

En su Antropología Médica, Laín distingue dos líneas básicas a lo largo del coloquio anamnético: la anamnesis testifical y la anamnesis interpretativa.

3.16.2.9.1 Anamnesis testifical

En la anamnesis testifical, el enfermo comunica al médico lo que siente o ha sentido en relación con la enfermedad. Debe ser preceptiva en las enfermedades crónicas, ya que en las

⁷³⁴ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 187

⁷³⁵ *Op.cit.* Pág. 190

⁷³⁶ Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas...* pág. 75

⁷³⁷ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 182, 184 y 190

⁷³⁸ *Op.cit.* Pág. 190

agudas, Laín es consciente de que no queda más salida que una deficiencia pragmática del diagnóstico.⁷³⁹

Entralgo señala en DM tres aspectos que denomina “tres cuestiones metódicas”

1. La importancia que para la ulterior relación entre el médico y el enfermo tienen los primeros minutos de su mutua comunicación verbal o paraverbal (esto ya nos lo ha recordado veinte años antes en su obra *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría*)
2. EL médico debe estar atento a las peculiaridades del lenguaje que usa el enfermo (el idioma vigente en su lugar de formación)
3. La influencia del olvido por parte del paciente.⁷⁴⁰

En todo, hay que tener siempre presente cuáles son los fines de la anamnesis, resumidos por R Gross: Dar a conocer los síntomas de la enfermedad y su significación, ofrecer una imagen de la personalidad del enfermo, debe crear una relación de confianza entre el enfermo y el médico y, por último, cumplir una función catártica y por tanto, iniciar el tratamiento

3.16.2.9.2 Anamnesis interpretativa

En la interpretativa, el paciente ofrece al médico su hermenéutica personal, atinada o no, de lo que padece.⁷⁴¹ Al fin y al cabo, el enfermo, además de testigo, es intérprete de sí mismo. En este sentido, Laín propone como ejemplo la anamnesis freudiana, que el propio Freud tildaba de mucho más detenida y profunda que la habitualmente realizada en su entorno. Hay una triple novedad en la anamnesis freudiana: es el procedimiento exploratorio fundamental, atañe a la intimidad consciente e inconsciente y muestra una actitud inédita ante la realidad que la anamnesis manifiesta. De hecho, Laín la compara, siguiendo los términos del médico vienés, a la excavación arqueológica, ciñéndose a un grupo muy concreto de enfermos, el de aquellos con neurosis. Aquí vemos en acción al Laín psiquiatra.⁷⁴²

⁷³⁹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 385

⁷⁴⁰ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 191

⁷⁴¹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág.381

⁷⁴² Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág.192

En todo caso, la interpretación que el paciente hace de su padecer, podrá ser certera o errónea, conceptual o metafórica. Según Laín no se trata tanto de diagnósticos erróneos, sino de la significación o el sentido que para él, para su vida personal, tenga esa dolencia, aunque a veces sea de poca importancia. Este es un punto de suma relevancia siempre, pues el buen clínico habrá de permitir que afloren las creencias erróneas que el paciente pueda tener sobre su enfermedad, tras haber creado un clima de confianza en el que el paciente se sienta cómodo explicando sus elucubraciones. Desde ahí, tarde o temprano, el terapeuta podrá, desde el respeto, poner sobre la mesa la verdad científica, incluidos los límites de la misma, si procediera.

Laín propone como ejemplo la anamnesis que explica Dunbar, en el contexto de la medicina psicosomática, en la que hay que tener en cuenta las pautas de conducta del enfermo, su respuesta habitual a los problemas y dificultades de la vida, su actitud frente al mundo, según las diversas esferas de adaptación (económica, social, sexual, vocacional, familiar), etc, cristalizando en un conjunto de indicaciones que Laín transcribe.⁷⁴³ Echamos de menos en este apartado, una visión por parte de Laín de mayor espectro, ya que parece que se limita en estas consideraciones sobre la anamnesis interpretativa al marco de la consulta psiquiátrica.

En los tiempos en que escribe esto, a mediados de los ochenta, había nacido en España la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en cuyo desarrollo es clave la consideración del paciente de modo integral, considerando también el ámbito comunitario de actuación. Sin duda, era en ese momento una especialidad aún en estado embrionario, pero el paso del tiempo demuestra, como en realidad Laín avala, que más allá de la consulta del psiquiatra debe llevarse a cabo una anamnesis en esta doble vertiente, siendo necesaria lo que él llama la metódica combinación de la anamnesis testifical y la interpretativa, siendo el ámbito de la atención primaria idóneo para ello. De esta manera, el médico puede entender lo que en la dolencia del enfermo es modo de vivir.⁷⁴⁴

⁷⁴³ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 193

⁷⁴⁴ *Op.cit.* Pág. 194

3.16.2.10 Palpación

Si hay algo que consideramos como un espacio de suma privacidad es nuestro cuerpo. El médico es una de las pocas personas a quienes se otorga un especial permiso para tocar y explorarlo, en la búsqueda de la salud o en el ámbito de la prevención.

En ocasiones, Laín nos cita a von Leyden, a quien denomina “pontífice de la clínica alemana en el primer lustro del siglo XX”, quien enseñaba a sus discípulos que el primer acto de tratamiento médico es el acto de dar la mano al paciente.⁷⁴⁵ Para cualquier clínico atento, dar la mano cuando el paciente entra en consulta, es un gesto regulador que puede aportar datos en el diagnóstico. Si el paciente deja una mano caída, como muerta, o si nos saluda con efusividad, nos percatamos de algunos rasgos de la personalidad del paciente. A veces la ansiedad se delata en el sudor frío que notamos en la palma de nuestro paciente. De modo que, no sólo es terapéutico, sino que también contribuye al diagnóstico, el mero hecho de dar la mano. Lógicamente, la palpación exploratoria debe ser para el médico, ante todo, experiencia cognoscitiva, con dos intenciones: una objetivante y otra más personalizadora, con la neutralidad afectiva que la sociedad occidental exige y espera del médico correcto.

Por parte del enfermo, según Laín, cuando la palpación es correctamente ejecutada se experimenta tanto la autoafirmación, relax, alivio, compañía y placer. Por eso, del mismo modo que Laín propone una *opsitécnica*, también lo hace con lo que él considera que debiera enseñarse en semiología: el aprendizaje de una *quirotécnica*, o arte de usar las manos, y una *haptotécnica* o arte de tocar, todo ello desde una concepción antropológica, ya que a lo largo de la exploración el médico pone sus manos sobre el enfermo, para tocar su superficie (tactación) o para tocar lo que hay debajo de ella (palpación).⁷⁴⁶⁷⁴⁷

Al acercamiento exploratorio del paciente hay que sumar la aplicación de las técnicas instrumentales requeridas, pero, con todo, el diagnóstico de este organismo enfermo, ha de ser integral, y el clínico que aspira a esto, no ha de conformarse con la mera constatación de un dato objetivo, sino que ha de tener en cuenta la verdadera respuesta psicoorgánica de una

⁷⁴⁵ Laín Entralgo P. *La empresa de ser hombre...* pág. 226

⁷⁴⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 382-3

⁷⁴⁷ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág 338

persona humana en la situación en la que la enfermedad y el acto de la exploración le han puesto.⁷⁴⁸

3.16.2.11 Exploración de la persona orgánica

Laín nos propone que, si se aspira a un diagnóstico integral, el médico habrá de ver en el paciente el impacto en el modo de vivir y en la conducta del “organismo personal” enfermo, y sólo entonces tendremos el verdadero valor diagnóstico como persona orgánica. Para ello, el terapeuta recurrirá a la anamnesis interpretativa y a la exploración del medio social.

Lo ya comentado en páginas anteriores, da luz sobre lo que el profesor quería decirnos con la anamnesis interpretativa. El nervio principal en el fondo de la misma, ha de ser, según Laín, la pesquisa de la idea que el enfermo tiene de sí mismo, incluyendo tanto su experiencia de la enfermedad que padece como las vicisitudes de su biografía personal

Para la exploración y el abordaje de la realidad social en la que el paciente está inmerso y vive su enfermedad, hay que contar con el trabajo en equipo. Como un visionario de lo que décadas después será la forma normal de trabajar, el trabajador social (lo que él denomina en su época “asistente médico – social”) es de suma importancia.

En medio de las reflexiones para la consecución de un diagnóstico integral, el psiquiatra Laín, siguiendo a Freud, nos recuerda que las declaraciones del enfermo acerca de su vida suelen dar una imagen incompleta y falsa, especialmente cuando la enfermedad es neurótica.⁷⁴⁹

3.16.2.12 La inferencia diagnóstica

Los estudios más recientes dicen que un médico entrenado tarda unos diez segundos o menos en tener ya una idea diagnóstica en su cabeza en el momento en el que entra en

⁷⁴⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 382-4

⁷⁴⁹ *Op.cit.* pág. 385

contacto con el paciente. (36) Todos los datos obtenidos mediante la exploración generan en nosotros una serie de hipótesis diagnósticas hasta llegar al auténtico juicio clínico, uniendo los “hechos brutos”, que son los datos exploratorios, según CI Bernard. El saber que da expresión a un juicio diagnóstico no es un puro “saber científico”; sin embargo, el diagnóstico ha de estar basado en un fundamento intelectual constitutivo: la ciencia del organismo, la ciencia de la psique y la ciencia de la sociedad. Sólo desde esta base se puede llegar a una inferencia diagnóstica. No niega que hay modos de diagnosticar expeditivos, fruto de la experiencia, pero en otras ocasiones se abren abanicos de posibilidades diagnósticas ante las que hay que optar, haciendo la correcta inferencia, que se hará, según Laín escribía en los ochenta, de tres maneras: la tradicional, la informática y la interpretativa.

3.16.2.12 .1 La inferencia tradicional

Se trata del modo de inferencia que por tradición continua y perfectiva ha llegado a constituirse en los decenios iniciales del siglo XX.⁷⁵⁰ El médico se apoya en todos los datos recogidos en la exploración, tanto clínicos como paraclínicos, para establecer él solo, con todo esto delante, la naturaleza y la etiología de la lesión anatómica o bioquímica a que debe ser referido el cuadro clínico que observa.⁷⁵¹ Todo el conjunto de síntomas y signos que el médico va recogiendo a lo largo de la entrevista clínica, van a dar lugar a hipótesis diagnósticas. En la inferencia tradicional, lo que importa es la consideración de la especie morbosa como meta esencial del proceso diagnóstico. Los tres modos del diagnóstico tradicional, aún vigentes, son: la inferencia de una probabilidad, la de una pauta nosográfica y la de una acción causal.

Para la elaboración del juicio diagnóstico, Laín propone que el clínico siga una pauta descriptiva consistente en: la constatación de los datos, la selección de los mismos, la inducción tipificadora y la individuación del diagnóstico. Una vez desarrollados estos cuatro puntos, habremos hecho la ruta que va del síntoma a la enfermedad.

Constatación de los datos.- El clínico se asegura de la realidad del dato, se fija en la intensidad del mismo (procurando su cuantificación –en escala ordinal, nominal o cuantitativa-) , lo sabe nombrar técnicamente, conoce su modalidad (más o menos objetivo) y su fiabilidad

⁷⁵⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 387

⁷⁵¹ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 198

(siendo o no mensurativo, sensible, específico), así como su papel en el proceso diagnóstico.(Podrá ser, o no, un dato principal)

Selección de los datos.- El médico, con un mecanismo psíquico y lógico, selecciona en su mente los datos más significativos. Laín llama experiencia “*al poso de saber noético, estimativo y operativo que va dejando en el alma la avisada repetición de ver y hacer una misma cosa*”.⁷⁵² Es interesante este matiz de “avisada”, ya que todos sabemos que se puede estar repitiendo muchos años los mismos errores, de modo que una repetición de hábitos, sin más, no es garantía de buen quehacer clínico. Hace falta lustrar e ilustrar nuestra experiencia a la luz del estudio, hasta el punto de que, como el autor refiere, “experiencia y saber de erudición formen un mismo cuerpo”.⁷⁵³ Laín cita a Marañón y se permite completarle. Aquel decía que el médico adquiere en primer término su saber clínico viendo, en ciertos enfermos, lo que según los libros no debería presentarse. Laín lo completa diciendo que, lógicamente, se aprende viendo en muchos enfermos lo que en la literatura se describe como esperable.⁷⁵⁴ Al fin y a la postre, nos recuerda, la concepción aristotélica de la teoría como la forma suprema de la praxis, llevó al físico Boltzmann a la sentencia de que “nada hay más práctico que una buena teoría”⁷⁵⁵. Para llevar a cabo con éxito esta selección de datos, no hay que despreciar ese “ojo clínico”, bajo el cual se encuentra un talento combinatorio, junto con experiencia y saber. De ese modo, sabrá también seleccionar la importancia de los mismos y conocerá la frecuencia de esos datos para encuadrarlos en la enfermedad correspondiente. Cabe la posibilidad de que las piezas no encajen, como dice Laín, porque el síntoma piloto no ha sido bien elegido, o porque el enfermo sea un neurótico o, lo que él denomina “paciente – problema” y que sea necesario elegir otra hipótesis diagnóstica.^{756, 757} Es lo que ahora llamamos reencuadre.

⁷⁵² Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 200

⁷⁵³ *Op.cit.* Pág. 363

⁷⁵⁴ *Op.cit.* Pág. 201

⁷⁵⁵ Mientras Laín atribuye esta cita a Boltzmann, José Lázaro, en el prólogo al libro de Francesc Borrell, *Práctica clínica centrada en el paciente*, (Ed Triacastela, Madrid, 2011) la atribuye al psicólogo Kurt Lewin

⁷⁵⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 388

⁷⁵⁷ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 206

Inducción clínica.- Es el paso de una serie de conocimientos particulares a un conocimiento general. Es tal la influencia de Zubiri sobre Laín, que le trae a colación cuando explica los diferentes modos de diagnosticar que el médico utiliza, ya que, según él, la inmediata intuición sensorial de lo que el médico percibe como realidad, es la aplicación de la doctrina de la “inteligencia sentiente” que el filósofo proponía y que tanto gustaba a Laín. Intelligir y sentir no son dos actos diferentes entre sí, sino dos momentos constitutivos de un mismo acto: el propio de la inteligencia sentiente .

Entralgo trae esto a colación porque le preocupa la posibilidad de ver si hay o no “diagnósticos intuitivos o no discursivos”, en los que, finalmente no cree.⁷⁵⁸ La presunta “intuición diagnóstica” es un razonamiento especialmente rápido en cuya determinación se aúnan la experiencia clínica, el saber y el singular talento combinatorio del llamado “ojo clínico”. Laín cita a Bürger: *“El diagnóstico intuitivo sólo tiene lugar sobre el fundamento de un tesoro de experiencia ordenado y por consiguiente controlado”*, no siendo una actividad creadora. Nuestro profesor se apoyará en lo que en su momento son los atisbos del modo actual de proceder en las diferentes estrategias diagnósticas.⁷⁵⁹ Apoyándose en la experiencia clínica y en la aplicación metódica de la lógica actual del conocimiento científico al diagnóstico, se ha de ir revisando la forma de llegar al diagnóstico.⁷⁶⁰

Individuación del juicio diagnóstico.- Es verdad que los médicos no estamos tranquilos hasta que no encontramos un diagnóstico, hasta que no hallamos el nombre de la entidad que nos da una explicación satisfactoria a todos los síntomas y signos que hemos ido recopilando. La individuación sería la meta final del proceso diagnóstico.

Sin embargo, para Laín, esta ruta que él llama de inferencia tradicional, es intrínsecamente insuficiente. En varias ocasiones, Laín cita al mismo Cl. Bernard, cuando este dice que *“hay que tener en cuenta eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico, y por consiguiente una multitud de consideraciones de familia y de posición social que nada tienen*

⁷⁵⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 388

⁷⁵⁹ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 214 y ss

⁷⁶⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 388

que ver con la ciencia”,⁷⁶¹ para dejar sentado que no es verdad. Esto se así porque el diagnóstico sólo será de veras científico si esos y otros momentos de la realidad del enfermo se consideran precisamente desde la ciencia, ya sea esta de la realidad social, de la conducta humana, etc. No obstante, la condición personal del enfermo siempre será algo muy valioso para el médico.

3.16.2.12 .2 La inferencia informática

Ya hace años que en nuestro entorno es difícil entrar en un consultorio médico sin ver un ordenador en la consulta, lo que es un factor que tiene su papel en la relación médico paciente. En virtud de la habilidad del propio profesional en su manejo, constituirá un excelente medio para el manejo de los datos en torno al paciente y sus procesos o puede ser un enemigo inerte en la consulta. Laín cita a Gross cuando dice : *“mediante los recursos técnicos, incluido el computador, deberíamos ganar tiempo para la anamnesis, entendida como contacto interhumano, no quitar tiempo de la anamnesis”*.⁷⁶² Si antaño el médico podía estar enfrascado entre papeles y no levantar la vista de los mismos, ahora el soporte succionador de la atención puede ser la máquina, pudiendo, pues, jugar a favor o en contra de la atención que merece la persona.

Sin duda el potencial de la tecnología es inmenso y nadie duda de que puede ser usado al servicio de un mejor quehacer clínico. Muchas eran las expectativas en torno al papel de la informática al inicio de su uso, tal y como Laín mencionaba, pensando incluso que su papel en el diagnóstico sería clave. A ello dedica un capítulo entero en su Diagnóstico Médico, considerando algunos presupuestos intelectuales y operativos. Al fin y al cabo un juicio diagnóstico no es más que una apuesta, lo más segura posible, en medio de muchas posibilidades, por lo que le es intrínseco el concepto de probabilidad. Partiendo de esto, así como de que, al fin y al cabo hay que tomar decisiones en base a una imprescindible cuantificación de datos, Entralgo desarrolla hasta qué punto el computador puede ser de ayuda en el diagnóstico. Todo ello, considerado en el entorno en el que autor escribe, los años 80, donde el desarrollo informático era el que era, despertando, no obstante, ilusiones desmesuradas en muchos médicos. Laín, de la manos de muchos autores que publicaban al

⁷⁶¹ Laín Entralgo P. *La empresa de ser hombre....*pág. 226

⁷⁶² Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...*Pág. 249

respecto, se pregunta hasta qué punto la inferencia informática podría ayudar en el diagnóstico a través de diferentes modelos, como el deductivo, el estadístico – inductivo, incluso contribuyendo a transformar la taxonomía, a ayudar en la creación de árboles de decisión. En cualquier caso, se hace eco de las palabras de Winner, creador de la cibernética: *“no existe la posibilidad de un diagnóstico sin médico”* Wagner añade: *“nunca el computador sustituirá a la inteligencia humana ...el sentido de su empleo será tan sólo aliviar el trabajo del hombre y capacitarle para operaciones a las que hasta ahora no han alcanzado sus propias fuerzas”*.⁷⁶³

El tiempo se va encargando de demostrar lo útil que ha sido en términos de búsqueda de información, especialmente desde el uso masivo de internet, que, sin duda ha cambiado nuestro modo de vivir, influyendo también en el modo en el que el paciente vive su enfermedad, ya que en la mayoría de los casos, los pacientes han metido en los principales buscadores sus síntomas y hacen su propio viaje virtual de lo que creen que pueden o no padecer, no siendo infrecuente que, entre todo lo que el paciente nos presenta, se encuentre también una indigestión de datos que es preciso desbrozar en la consulta, lo que hace que la anamnesis interpretativa sea más compleja. Ahora bien, lo que sí lleva años rodando de forma generalizada es la historia clínica en soporte informático, aunque todavía queden los retos de compartir la información relevante cuando el paciente viaja de una Comunidad Autónoma a otra en nuestro país. Sin embargo, en la elaboración final del diagnóstico, como ya se intuía en los años 80 del pasado siglo, el ordenador sigue sometiéndose a la mente del clínico que es quien verdaderamente gobierna la máquina. Será que no se puede diagnosticar de forma holística sin el verdadero encuentro personal con el paciente. El propio Laín lo apunta: *“por perfecta que sea la tecnificación instrumental del diagnóstico, no puede hacer ocioso el contacto personal entre el médico y el paciente”*.⁷⁶⁴ Por eso, la limitación del ordenador es evidente, y las expectativas a las que el mismo Laín acude, sobre el papel de la inferencia informática en el diagnóstico, no se han visto del todo cumplidas. En lo que a neurosis y patología psicosomática se refiere, la presencia del clínico sigue siendo imprescindible.

⁷⁶³ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Págs. 229-248

⁷⁶⁴ Laín Entralgo P. *La medicina actual...* pág. 63

3.16.2.12 .3 La inferencia interpretativa

En el momento cognoscitivo del acto médico, Laín se refiere a la inferencia interpretativa, la que tiene en cuenta lo que la enfermedad es en tanto que modo de vivir del hombre que la padece y hace. Se trata de un nuevo campo de la hermenéutica que experimenta un desarrollo a lo largo de la historia. A él ha contribuido, según Laín, Dilthey, quien contraponía las “ciencias de la naturaleza” (física, química, biología) con las “ciencias del espíritu” (historia, psicología, filosofía, ciencias de la literatura) y, en su actitud ante los modos de conocimiento científico, rompe con esa dicotomía y llega al descubrimiento de un nuevo campo de hermenéutica: la realidad del hombre mismo, en tanto que expresada bajo forma de conducta.⁷⁶⁵

Para Laín, es imprescindible recurrir a la ciencia natural como base para conocer el sentido que poseen la expresión y la conducta del hombre. En el sujeto se funden organismo personal y persona orgánica. Sólo mediante la inferencia interpretativa, con vocación integral, puede ser conocida la dimensión personal de la vida humana. Detrás de este paciente, tengo a una persona. Laín da por hecho un ingrediente esencial para llevar a cabo esta inferencia: tiempo suficiente, lo que no ha dejado de ser una demanda y un reto constante por parte de los profesionales, en el entorno en el que habitualmente nos movemos en la sanidad pública. Además de la voluntad de querer llevar a cabo dicho diagnóstico, el médico deberá entender como verdaderas respuestas personales los datos obtenidos, y no sólo como un conjunto de reacciones biológicas.⁷⁶⁶ Vez tras vez, Laín recuerda cómo, la percepción objetivante y la coejecución personalizadora, se juntan en toda posible maniobra exploratoria cuando se ejecuta correctamente.

El profesional, según Laín, ha de pararse a considerar si va a comenzar la ruta de la inferencia interpretativa, lo que dependerá de la situación clínica en que se encuentre. Si se trata de una enfermedad aguda, no conviene sino realizar la inferencia tradicional. El paciente interpretará su dolencia de alguna manera dentro del múltiple abanico posible (azar, prueba moral), sin que deje de ser un paréntesis fugaz en su vida. En ese marco, puede ser contraproducente que el médico quiera indagar más allá. Eso sí: como norma general, ya que sí puede haber ocasiones en las que, ante un padecimiento agudo, el paciente nos abra la puerta al sentido que para él tiene dicha afección, (recurso, castigo, etc.) y la mente del médico ha de

⁷⁶⁵ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 393

⁷⁶⁶ *Op.cit.* pág. 394

estar lúcidamente abierta a percibir esto, para procurar que el paciente recupere la adecuada instalación en la vida y en su vida.

Si la enfermedad es crónica, la experiencia aflictiva (incluso en las enfermedades refugio hay aflicción) echa raíces en la existencia del paciente, pasando de lo que Laín siempre ha denominado la esfera de “lo en mí”, más propio del padecimiento agudo, a la esfera de “lo mío”. Hemos de pararnos ante esta consideración de lo que el paciente puede considerar como suyo. Aquí Laín cita a Sydenham, quien subraya la posible autoría del proceso crónico en el propio paciente. El famoso médico inglés del siglo XVII consideraba que, por su carácter súbito e imprevisible, puramente azaroso, las enfermedades agudas tienen su origen en Dios, mientras que las crónicas, por su estrecha dependencia del modo de vivir que el paciente ha elegido, tienen su autor en nosotros mismos.⁷⁶⁷ Matizando esto mucho y teniendo en cuenta a Zubiri, Laín nos dirá que el sujeto resulta ser a un tiempo agente-paciente, actor-autoespectador, y autor-autointérprete o autohermeneuta del proceso crónico. (Para Zubiri, el sujeto es agente, autor y actor). En esta tesitura, lo que el clínico ha de hacer es intentar un diagnóstico integral en el que se indague el sentido de la enfermedad, contando con los servicios sociales y con la psicoterapia si es preciso. Según Laín, para ello hay que contar con la posibilidad de que el enfermo, tras la aparición del proceso, otorgue sentido a la enfermedad (lo haga, pues, *post factum*), en forma de azar que golpea, o bien de castigo, desafío, prueba, mérito o recurso. De un modo más complejo, dando Laín cabida a la interpretación psicoanalítica (de la que es seguidor) piensa que hay enfermedades surgidas como recurso inconsciente para salir de un trance vital crítico, especialmente las histerias y neurosis tradicionales,⁷⁶⁸ teniendo la enfermedad un sentido *ante factum*. En este caso, sólo la aplicación de una técnica psicoterapéutica (psicoanalítica o no) abriría la posibilidad de hacer un diagnóstico integral con la adecuada inferencia interpretativa.

Hay un tercer grupo, de no pocos casos, en el terreno de en medio, de enfermedades crónicas en cuyo cuadro sintomático es parte más o menos importante un “componente neurótico”.

Laín, pues, desde su mirador teórico, apunta muy alto: para encontrar el verdadero sentido de la inferencia interpretativa, y llegar al diagnóstico integral, el médico ha de integrar biología y biografía, intimidad y cuerpo, fisiopatología y psicopatología, constitución individual, ambiente crónico y ambiente social.

⁷⁶⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 395

⁷⁶⁸ *Op.cit.* pág. 396

¿Cuál es, según él, la técnica idónea para conocer médicamente el sentido de la enfermedad? ¿Cuál es el *modus operandi* de la inferencia interpretativa? El médico deberá hacer una detección anamnésica y médico social del sentido de la enfermedad para el enfermo y explorar el sentido ante factum cuando se sospeche. Dejamos, pues, en primer término que el paciente se autointerprete. Posteriormente, en un segundo movimiento, será el médico quien reinterpreta viendo, oyendo, coejecutando y rectificando la interpretación del paciente.

Para ello, piensa Laín que, desde el punto de vista patogenético, puede ser de especial utilidad fijarse en la localización del proceso morboso, su ocasión biográfica, su expresión sintomática y su posible intención subconsciente. La cima de esta inferencia diagnóstica viene dada por el salto hermenéutico del médico, que no deja de ser un acto de imaginación creadora, conjetural, creencial, en el que cobra realidad las “formas superiores de comprensión del otro”, tornándose la enfermedad de “cosa realidad” a “cosa sentido” (siguiendo en esto a Zubiri).

Laín abre la puerta a varias posibilidades interpretativas en la realización de dicho salto, así como el contenido de este, dependiendo de la doctrina interpretativa que el médico profese, entendida esta profesión en el ámbito de las claves psicoterapéuticas. (Freudiana, adleriana, ecléctica, etc.) En realidad, este salto hermenéutico no es sino el punto de partida para un cabal conocimiento médico del enfermo. Es interesante que Laín nos apunta que la expresión verbal del diagnóstico es más un relato que un rótulo.

3.16.2.3 El diagnóstico no integral. Formas deficientes de diagnóstico

Hasta aquí, Laín ha intentado desarrollar todo el proceso que, según él, nos llevaría a un diagnóstico integral. Posiblemente limitado por su falta de brega en las lides clínicas, en parte se contradice cuando asume que lo dicho hasta ahora es ideal o canónico y, sin embargo, no se debe llevar a cabo siempre. Desde el plano teorizante, él mismo se da cuenta de que todo lo dicho requiere unas condiciones que se dan en pocas ocasiones, al menos, en el modelo cada vez más socializado que se está imponiendo en su época.⁷⁶⁹ Por otro lado, en algunos de los planteamientos realizados, el propio médico tendría que tener una formación especializada para dar ese salto hermenéutico que el autor nos propone. En los términos planteados, no se puede hacer una inferencia interpretativa freudiana, adleriana, jungueriana, o aún ecléctica, si

⁷⁶⁹ Laín Entralgo P. *La medicina actual...* pág. 85 y ss

el médico no enmarca su actividad en el ámbito de la psicoterapia que, además, por lo que vemos en Laín, debiera ser principalmente de orientación psicodinámica.

Por eso admite que, junto a la forma integral de diagnosticar, tenga lugar el grupo de lo que él denomina “formas deficientes de diagnóstico”. Con razón Laín nos recuerda que el saber médico es esencialmente operativo, en el tratamiento de las enfermedades y de los enfermos, por lo que cuenta con sus limitaciones, riesgos y también sus posibilidades y, en ocasiones hay que renunciar a una hermenéutica más amplia.⁷⁷⁰

Pretende agrupar estas formas en tres tipos:

3.16.2.3.1 Deficiencia pragmática

En situaciones, por ejemplo, de urgencia, es prioritario renunciar al diagnóstico integral y el médico habrá de limitarse al diagnóstico tradicional, con el fin de llevar a cabo un manejo eficaz de las cosas y los asuntos (*pragmata*) y ayudar al paciente en la *restitutio ad integrum*. En una discutible diferenciación, Laín deslinda lo que es un diagnóstico médico de lo que es un diagnóstico plenamente científico. “He querido decir que, siendo médicamente suficiente un diagnóstico tradicional, nunca lo será científicamente”.⁷⁷¹ Según él, la perfección del conocimiento científico puro exige penetrar todo cuanto sea posible en la realidad que se intenta conocer. Tal vez tenemos delante al Laín licenciado también en Ciencias Químicas⁷⁷², deseoso de desentrañar toda la realidad hasta la última partícula. Sin embargo, no todo lo que se puede hacer se debe hacer. Y, desde luego, en el quehacer clínico, para llegar a un diagnóstico preciso y ser eficaz, se puede entrar en la parcela que hay que restituir y hacerlo conforme a ciencia. Eso sí nos señala Laín: no hemos de conformarnos con las enormes posibilidades de la concepción científico natural de la medicina, sino que hemos de reconocer a la persona que porta sus dolencias. Posiblemente Laín se hubiera identificado con aquella escena de la película *Patch Adams* (Tom Shadyac, 1998)

⁷⁷⁰ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 373

⁷⁷¹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 403

⁷⁷² Con respecto a que Laín Entralgo tuviera la licenciatura en Química, Fernández Peña refiere que “aunque en algunas reseñas biográficas figura ser Licenciado o Dr en Ciencias Químicas, no hemos encontrado testimonio de ello en su expediente de oposición a la Cátedra de Madrid. (Pérez Peña, F.: *Los últimos clínicos de San Carlos, estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte primera. Hasta su cierre en octubre de 1965*. Ed Visión Net 2005, p.53) (437)

- “Patch: -¿Qué diferencia hay entre un científico y un médico? ... No me digas el sueldo.
- Su amigo: - Que el segundo trabaja con seres humanos
- Patch: - ¡Correcto!” (Patch Adams)

3.16.2.3.2 Deficiencia forzosa

Puede que el médico tenga que renunciar al diagnóstico integral y, lo que es peor: aún al diagnóstico tradicional realmente satisfactorio.

Laín aduce tres razones principales:

- 1) **Falta de tiempo**, aludiendo al modelo prácticamente extinguido ahora, pero vigente en la atención primaria de su momento, el de la “medicina de cupo”, bajo el cual, el médico se veía obligado a ver en dos horas docenas de pacientes. Prácticamente sólo podía hacerse estrictamente eso: verlos. Muy poco más. El nacimiento en su día de la especialidad de Medicina de Familia en el contexto del trabajo en equipo, con la historia clínica del paciente también en el ámbito de la primaria, vino a dejar constancia de que otro ejercicio de la medicina es posible. No obstante, la masificación de algunas de las consultas han hecho que el problema del tiempo dedicado al paciente sea siempre un auténtico caballo de batalla. Al fin y al cabo, una de las principales herramientas con las que ha de contar un clínico no es otra que la del tiempo.
- 2) **Falta de recursos**. Para Laín, la práctica no hospitalaria obliga muchas veces al médico a quedarse con un “enjuiciamiento de la situación”, en términos de R.N. Braun, aun contando con hacer las cosas en el marco de la adecuada praxis médica general, alejándonos del correspondiente diagnóstico integral.⁷⁷³ Sin embargo, el hospital, en la mayoría de los casos, no ofrece el diagnóstico integral por reduccionismo a la concepción científico natural del diagnóstico. Sin duda, en los ámbitos de la atención

⁷⁷³ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 404

primaria o de la medicina interna es donde mejor podemos vislumbrar todos los prismas de la persona del paciente que tenemos sentado enfrente. Cada especialista consultado, incluidos aquellos pertenecientes al ámbito hospitalario, ofrecerá su contribución al diagnóstico integral.

- 3) **Índole de la relación médica.** El propio proceso morboso puede llevarnos a situaciones de incomunicación con el paciente, ya sea en situaciones de marcada urgencia, o aquellas en las que el paciente tiene una disminución de su capacidad cognitiva. En estos casos, la limitación es obvia. Sin embargo, para llegar a un diagnóstico integral, Laín apunta la también la limitación que supone que el paciente se niegue a cualquier penetración diagnóstica en su intimidad. Es el propio paciente quien parcela las quejas ante las que demanda ayuda, no permitiendo en el proceso diagnóstico otras inferencias que para él serían, más bien, interferencias. Laín sitúa a estos pacientes en el tipo “intradirigido” de Reisman. El proceso de autonomismo que en los últimos decenios ha tenido lugar, viviendo Laín, ha hecho que el paciente lleve en buena medida la batuta de hasta dónde permitirá al clínico entrar. De hecho, la relación clínica se ha convertido en una relación democrática, lo que ha constituido la auténtica (y polémica) innovación del último tercio del siglo veinte. Con la consolidación de los derechos de los enfermos, la relación se ha horizontalizado (5). A pesar de esto, Laín no renuncia a lanzar el reto al profesional: hay que intentar hacer una inferencia diagnóstica interpretativa.⁷⁷⁴

3.16.2.3.3 Deficiencia doctrinaria

Sólo se diagnostica lo que se sabe. Laín previene de lo que puede ser una disminución más o menos grande y más o menos importante del campo de su visión cognoscitiva. Es lo que denomina “escotoma noético”.⁷⁷⁵ Según él, son de tres órdenes: 1) los inadvertidos, 2) los tácticos, por delimitar el campo de visión a un solo aspecto y 3) los viciosos, derivados de una concepción doctrinaria reduccionista. Precisamente, quien sólo abogue por el punto de vista científico natural, tratando de entender y practicar la medicina seducido por las enormes

⁷⁷⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 404

⁷⁷⁵ Laín Entralgo P. *El diagnóstico médico. Historia y Teoría...* Pág. 374

conquistas logradas hasta ahora, padece de un escotoma noético vicioso. El buen médico no puede renunciar a desconocer las ciencias del hombre.

Laín resume que la renuncia al diagnóstico integral, tantas veces pragmáticamente justificada, debe ser siempre la consecuencia de una decisión razonable, nunca del desconocimiento o de la incuria. Por otro lado, el conocimiento propio de dicho diagnóstico no sería posible sin la vinculación entre el médico y el enfermo que él denomina “amistad médica”

3.16.3 El momento operativo

En lo que hoy conocemos como entrevista clínica semiestructurada, modelo a seguir, especialmente en el entorno de la atención primaria, una vez que se ha terminado la anamnesis y la exploración física, (lo que podría corresponder a lo que Laín daba en llamar el momento cognoscitivo), tiene lugar lo que se conoce en los últimos años como la parte resolutive. Al fin y al cabo, en el encuentro clínico no estamos ante un encuentro de roles idénticos en los que predomine la camaradería. No. El encuentro clínico se caracteriza, en palabras del profesor aragonés, por una asimetría con preeminencia funcional del profesional. Ahora bien, en algún momento se ha de llegar a una fase en la que, por parte del profesional y contando con el paciente, se devuelve la información, que tiene que ver con la naturaleza del problema, enunciándolo de varias maneras posibles, dialogando para proponer un plan de acción, (mal asunto si en la consulta no hay diálogo y se le sustituye por el monólogo del profesional, o tiene lugar el desencuentro del “duólogo”, en el que las dos partes explican sus posturas sin una sincera escucha del otro). Porque, finalmente se ha de explicar en qué va a consistir el tratamiento, se ha de comprobar la comprensión y /o la aquiescencia del paciente, se ha de proceder a la toma de ciertas precauciones y se cierra la entrevista. Al menos, así debe ser.⁷⁷⁶

¿Cómo enfocó Laín el aspecto de la relación médico – enfermo que tiene que ver con el tratamiento? Veamos cómo, a lo largo de sus estudios más relevantes, a lo largo de cuatro décadas, ha ido nuestro autor esbozando su propuesta al respecto

⁷⁷⁶ Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas...* pág. 122

3.16.3.1 El tratamiento en *Medicina e historia* (1941)

Allá, en los años 40, Entralgo, en la que fuera su tesis doctoral, *Medicina e Historia*, Laín nos dice que la acción terapéutica descansa sobre tres supuestos, que se han configurado de modo distinto a lo largo de la Historia de la Medicina:

- 1) El existencial: médico y enfermo coexisten esperándose del primero una vocación de ayuda;
- 2) Posibilidad de modificar al hombre como ser viviente y como ser personal, y
- 3) Impulso de ayuda hacia el prójimo existencialmente débil.

De modo que Laín reduce a dos los momentos del tratamiento: la reinstalación del hombre en su individualidad, que él define como “la puesta a punto de todos los instrumentos psicofísicos”, y el segundo es ayudar al enfermo a recobrar sus fines existenciales, su reconducción en la vida histórico social, reinventando esta para el paciente, cuando es necesario.⁷⁷⁷ Para ello, hay que usar las técnicas terapéuticas, de las que Laín tiene una perspectiva muy amplia: “Una palabra amable, un consejo amoroso, son, en esta acepción total del término, técnicas terapéuticas, tanto como puedan serlo la taxis de una hernia o un sondaje duodenal”.⁷⁷⁸

Para el Laín filósofo y cuidadoso en la precisión de los términos, la curación no va a ser nunca una *restitutio ad integrum*, “porque el hombre se halla constitutivamente ligado al tiempo y han pasado tiempos y sucesos desde que cayó enfermo. Restituírle al primitivo estado es imposible, es ir contra el tiempo y su inexorable mordedura. La curación es una *reditio ad vitam*, el retorno de un hombre íntegro a la vida, pero a una vida necesariamente nueva...”.⁷⁷⁹

Nos recuerda que el mencionado impulso de ayuda hacia el prójimo radica, según Laín, en el amor instantáneo. Para él, el acto médico es “instancia amorosa y creyente en el enfermo” y se expresa más allá de las “maniobras”. Dice literalmente:

⁷⁷⁷ Laín Entralgo P. *Medicina e historia*...pág. 298-9

⁷⁷⁸ *Op.cit.* pág. 300

⁷⁷⁹ *Op.cit.* pág. 297

“Las técnicas de tratamiento no pueden reducirse a maniobras ...el tratamiento tiene lugar ahora con manos más sutiles que las corporales, ...y la técnica correspondiente recibe el nombre de psicoterapia y adopta la forma de diálogo o rito. ...en un sentido general toda palabra del médico dirigida al enfermo es psicoterapia, ...hasta la anamnesis o saludo de llegada, desde la palmada cariñosa en la espalda...” La psicoterapia está fundada en la intuición amorosa que el médico hace del destino a la vez propio y comunal del enfermo y está enderezada a otorgarle **consuelo, consejo y conducción**”. ⁷⁸⁰

Laín se ha detenido, en el momento en el que habla del tratamiento, a comentar algunos matices sobre el amor, clave para él a la hora de entender la historia. Según él, hay dos modos radicales. El primero sería el amor hipocrático, pagano, “amor al hombre”; la filantropía entendida como amor de aspiración, el *eros* por el hombre sano y perfecto, que se une al “amor al arte médico”, más que “amor por el enfermo”. En contraste con este amor, en palabras de Laín, se nos presenta el amor cristiano, que tiene que ver con el *eros* platónico y al ágape juanino-paulino (aunque, en realidad, tiene un mayor espectro neotestamentario) un amor de efusión derramado hacia el pobre y el desvalido. En estas observaciones de Laín, se nota la filosofía médica que está elaborando. Vemos aquí cómo hace una propedéutica para hallar solución a lo que se plantea en la medicina, enraizada en su catolicismo. Según Orringer, estaríamos aquí ante el Laín “pístico”, pendiente en esta época de su vida del dogma, aunque este énfasis en el amor es muy propio también del “Laín fílico”, que Orringer sitúa más tardíamente. ⁷⁸¹ Es el propio Laín quien hace una declaración de intenciones sobre lo que se ha propuesto en Medicina e Historia, cuando nos dice que “...las páginas no siempre reposadas de este libro ...quieren servir ...al hallazgo del estilo histórico diverso de la armonía cristiana entre el consuelo y el medicamento”. ⁷⁸² Para él está claro: “Apariencia resistente y coejecución amorosa son los elementos rigurosamente propios de la acción médica... la compasión vital y

⁷⁸⁰ Laín Entralgo P. *Medicina e historia*...pág.303

⁷⁸¹ Orringer NR. *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo* ...pág.38

⁷⁸² Laín Entralgo P. *Medicina e historia*...pág. 307

simpática no sirve ...sino como medio para llegar a descubrir los síntomas aparentes y a coejecutar los actos de la amorosa coexistencia”.⁷⁸³

Una veintena de años después, Laín va enriqueciendo lo que para él son los componentes del encuentro médico, que él enumeró como “momentos”. Lo que hoy señalamos, como decíamos al principio, “parte resolutive de la entrevista”, para Laín era el momento operativo de la relación del médico con el enfermo.

Laín nos recordará que la acción terapéutica del médico comienza mucho antes de que el tratamiento hay sido formalmente instituido; sin embargo, para él, con la instauración del mismo, la relación médica llega a su momento culminante,⁷⁸⁴ expresándose ahora en forma de prescripción, aunque a continuación él mismo va a explicar hasta qué punto es a esto a lo que el clínico ha de aspirar. Eso es lo que nos dice en los años 60. Y es que ya desde el principio, Laín deja claro que, frente a la concepción clásica del tratamiento, hay otras que se van imponiendo en aquél momento, a las que él llama tratamiento “integral”, “interpersonal” o “científico-personal”, como si fuera un anticipo de lo que decenas de años después quedaría establecido como un tratamiento centrado en la persona del paciente. Para él, la concepción clásica del tratamiento, la científico –natural, es la manera en la que observa que la mayoría de los médicos coetáneos sitúan su acción. ¿En qué se basa dicha concepción clásica y cuáles son los requisitos, según ella, para que un tratamiento sea eficaz? Laín recoge lo siguiente:

- 1) La acción biológica del remedio debe estar objetiva y experimentalmente comprobada. Aún no había llegado el auge de lo que hoy llamamos la Medicina Basada en la Evidencia, o en pruebas, pero ya hacía poco más de un siglo que a la medicina le había sido dada la bienvenida al mundo científico, lo que, en su momento costó, por no ser la medicina una ciencia exacta al uso, como lo eran las matemáticas, la física o la química, por ejemplo. Una vez conseguida la aceptación en la familia científica, para la medicina, el laboratorio se convirtió en algo básico y la experimentación clínica también. Tanto en los tiempos de Laín como en los nuestros, y ya desde Magendie, es de hecho la farmacología experimental la que se constituye en base científica del arte de curar, cuando estamos ante problemas no quirúrgicos, y aún en este caso, es parte

⁷⁸³ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...*pág. 343

⁷⁸⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 409

del tratamiento. Incluso en la época lainiana, hacía tiempo que la asignatura llamada de “terapéutica” se había cambiado por la de farmacología en las facultades de Medicina. Tal vez un cierto sesgo de selección en las opciones terapéuticas ya que, sin duda, terapéutica es más que farmacología.

- 2) El empleo terapéutico del remedio debe ser consecuencia de una indicación clínicamente correcta
- 3) El remedio debe ser correctamente administrado al paciente.

¿Será que con esas tres características basta? ¿Será la actividad terapéutica algo que se puede reducir a un conjunto de operaciones moleculares intrínsecas del fármaco, el paciente a un mero organismo sobre el que dicho fármaco actúa y el médico a una “pura mano” que extiende la prescripción? ¿Podríamos, incluso, considerar, que el mismo fármaco es como una prolongación de las manos del terapeuta en el interior del paciente?. Los avances en el área de la farmacología eran y siguen siendo hoy espectaculares y generadores de enormes expectativas. (También de pingües beneficios, y no exentos de tergiversar la relación del médico con el paciente cuando en aquel tiene predominio el *ego cupiens*, en palabras de Laín). Con todo, la farmacología sola no basta. La morfina no funciona igual cuando la da el médico, como ya hemos tenido ocasión de comentar en este trabajo. Por eso, sin negar todos los avances de la farmacología, Laín trae de la mano la advertencia de Marañón, a quien consideró su maestro, avisando sobre los “secuaces de la medicina dogmática”. La acción terapéutica del médico no puede ser reducida meramente a un esquema materialista. Ya hemos citado al mismísimo Claude Bernard percatándose de que el médico ha de tener en cuenta en los tratamientos otras consideraciones que van más allá de lo estrictamente físico, dicho esto en una época en la que el genial fisiólogo distaba mucho de considerar a la psicología y a la sociología “ciencias”.

Para Laín, hay varias razones por las que el tratamiento supera las fronteras de la concepción considerada clásica:

- 1) El tratamiento comienza ya antes de que ni tan siquiera se haya constituido formalmente.

Ernst von Leyden (1832 – 1910), el gran internista berlinés, solía decir a sus discípulos que “el primer acto del tratamiento, es el acto de dar la mano al enfermo”.⁷⁸⁵ La mayor o menor confianza del propio enfermo en el remedio que se le administra, va a influir en la eficacia de este. Ya en la década de los 60, se está trabajando con los placebos en la investigación farmacológica y Laín está al día de esto. El efecto placebo existe, porque la sugestión tiene su campo de actuación terapéutica. Sabemos hoy que es limitada en el tiempo, pero lo tiene. También debemos considerar que el grado de confianza en el médico modula el efecto del tratamiento. La presencia del facultativo es curativa y, si es de un médico prestigioso, más. Michael Balint (1896-1970), el interesante psicoanalista y bioquímico británico de origen húngaro, se había referido unos años antes a que el mejor fármaco es el propio médico. Laín recoge este concepto de Balint, aunque tan sólo para dar fe de él. En este sentido, por cierto, no deja de sorprendernos que un historiador como Laín, con una dedicación en su momento a la práctica psiquiátrica y una consideración especial hacia el psicoanálisis, no haya glosado más a fondo la figura y aportaciones de Balint, (397) no yendo más allá de decir que “el médico como medicamento” es una ingeniosa concepción, o, en otro momento, apuntar su propuesta de función apostólica como algo a evitar sin entrar en más matices.⁷⁸⁶ No obstante, queda subrayada la acción terapéutica que tiene lugar por parte de la persona del médico. A título anecdótico, Osler recordaba a sus discípulos: “-¿Cómo se las arreglarían ustedes para hacer que un canceroso engorde un par de kilos? - añadiendo ante la perplejidad muda de sus discípulos: -naturalmente, haciendo que le trate un médico optimista” Un buen médico, como nos recuerda Laín, puede ser eficaz.

Aquí Laín, de alguna manera, vislumbra lo que posteriormente habría de demostrarse y se sigue constatando. Ruiz Moral ha recogido una serie de investigaciones que conviene tener muy en cuenta, entre ellas, las que constatan que una deficiente relación entre el médico y el paciente se asocia con una peor adherencia a los tratamientos, o sea que, en efecto, como Laín apuntaba, sin haber llegado al momento de la prescripción, hay todo un andamiaje a lo largo de la entrevista clínica (y de muchas) que se ha de ir construyendo para elaborar una propuesta terapéutica eficaz. No deja de sorprendernos que aproximadamente un 50% de los pacientes no siguen las indicaciones de sus médicos o lo hacen de manera errónea (407). Como Ruiz Moral recoge, la falta de adherencia está asociada a malentendidos entre médico y paciente,

⁷⁸⁵ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 409

⁷⁸⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* págs. 413 y 374

sobre todo por una falta de participación del paciente en la consulta, por no exponer su criterio, sus expectativas (44,408) y, desde luego, por tener poca confianza en sus médicos, como Laín ya apuntaba en su día (409).

También dentro de este apartado, Laín nos lleva a considerar que la distinta actitud del enfermo hacia su enfermedad es un factor modulador del tratamiento.

2) El enfermo participa en el tratamiento.

Tanto de modo pasivo como deliberadamente, pues el paciente sabe algo de su enfermedad y eso va a ponerse sobre la mesa en la consulta, exigiendo en ocasiones una cierta forma de actuación de la que cree estar informado como mejor opción. Aquí, Laín parece adoptar un tono de concesión. Al fin y al cabo, seguimos en los 60 y habrían de pasar unos cuantos años antes de que, en 1979, los bioeticistas Beauchamp y Childress definieran la autonomía como uno de los cuatro principios de la bioética, junto a la no maleficencia, la beneficencia y la justicia. Para Laín, no obstante, hay que contar con el hecho de que el paciente viene con su idea previa de la enfermedad y su tratamiento. Pareciera que los roles, tanto el del médico como el del paciente, empiezan a cambiar. Estamos ante una forma más de afirmación del paciente de sus derechos, aún no tan recogidos explícitamente como habrían de estarlo en las décadas posteriores. Es obvio que ya estaba presente el inicio de un cambio de paradigma. El propio Laín había destacado ese momento histórico de la rebelión del sujeto, en el que el paciente se rebela queriendo que se le escuche.⁷⁸⁷ En la época en la que Freud es obligado por sus propios pacientes (rebeldes hasta convertirse en agentes) a renunciar a los distintos métodos de diagnóstico y tratamiento vigentes en la época (baños calientes, masajes, sugestión hipnótica, etc.) y es orientado después hacia otra forma de practicar la medicina: una escucha atenta de cuanto los pacientes quieren decir (5). Todavía Laín, al citar al Maraño de los años veinte, parece echar de menos un mayor respeto a lo que el médico tenga que decir como experto. Sin duda, es un ingrediente del modelo paternalista en la relación médico enfermo que estaría próximo a desaparecer como modelo predominante, todavía en la antesala de la que sería la rebelión de los pacientes en los años 70 (5).

⁷⁸⁷ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 134

- 3) El médico actúa sugestivamente sobre la realidad del enfermo, ya sea para bien o para mal, porque siempre se añade un componente que Laín llama “de intención psicoterapéutica”, incluyendo en él todo aquello que suma al tratamiento científico al uso. Todos los actos de la relación con el paciente, incluida una palabra de ánimo, tienen una modulación sugestiva, ya sea para bien o para mal, y esto ha de tenerse en cuenta.
- 4) El médico nunca puede ser un “científico puro”. Ya hemos visto la interesante tipología que propone Laín en lo que son los tipos cardinales desde los cuales el médico vive y ejerce su profesión. Para Laín, tiene una capacidad moduladora en la forma en la que el médico lleva a cabo el momento operativo. Aquí de nuevo tendrá mucho que decir la tipología lainiana en cuanto a los tipos de *egos* (ya mencionados con anterioridad) bajo los que el médico desempeña su labor: el *ego sapiens*, *ego cupiens*, *ego fungens*, el y el *ego adiuvars*. En la realidad concreta de cada médico se entraman los cuatro motivos de un modo u otro, aunque alguno pueda prevalecer sobre los demás. Ningún médico es de una sola pieza.⁷⁸⁸ Si predomina el *ego sapiens*, el médico intentará ser una especie de ingeniero de una visión científico natural de la enfermedad, y si ve algo para lo que no hay remedio terapéutico eficaz, puede que se instale en una especie de nihilismo al estilo de lo que Skoda y Addison hacían en su época, menos provista de recursos terapéuticos, por cierto. Hablamos de nihilismo en lo que a las opciones farmacológicas o quirúrgicas se refiere, porque aquí Laín no especifica otras posibilidades, igualmente terapéuticas, como pueden ser la labor de resituar al paciente en el marco de su enfermedad, aceptando las limitaciones que la medicina padezca en ese momento, o reorientando una posible inflación injustificada de ofertas terapéuticas, tal vez dadas al paciente sin una verdadera base científica. Aquí es necesario que el médico se ponga en el modo *ego adiuvars* para ser de verdadera ayuda al paciente y modular los sesgos del *ego cupiens*, quien, en palabras del propio Laín, se puede convertir en el médico codicioso que actúe como “beneficiario” de la curación y que puede tender a la multiplicación de acciones terapéuticas. El *ego fungens* puede ser más sobrio, teniendo una lógica consciencia de administrador de las prescripciones que la organización exige.

⁷⁸⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 115

- 5) En el contenido y en la figura del tratamiento influyen, dentro de cada sociedad, el grupo y la clase a la que pertenezca el enfermo. Laín denomina a esto, “una odiosa discriminación”, pero es consciente de que sigue perdurando la medicina para ricos y la medicina para pobres.⁷⁸⁹

3.16.3.2 El tratamiento en la enfermedad aguda.-

En las concepciones del tratamiento, Laín ve aconsejable tener presente la histórica diferenciación en el seno de la medicina occidental, entre enfermedades agudas y crónicas. Influido por el psicoanálisis, aún distingue entre enfermedad crónica y neurótica. Para Laín hay que seguir un criterio más biográfico que biológico. Como siempre, él insistiendo en la importancia de la patobiografía. El énfasis está más en lo antropológico que en la nosología en sí. De este modo, para Laín, la enfermedad es aguda mientras el enfermo la siente como un paréntesis en su vida y no la ha incorporado a lo que él llama “hábitos biográficos” (alimentación, trabajo, residencia...) En el caso contrario, es crónica. Lo agudo, pues, es algo ante lo que el paciente espera *restitutio ad integrum*, es puramente azarosa en su patogénesis y, en la esfera fenomenológica y psicológica, se vive como “*lo-en-mí*” En todos estos procesos, cabe, para Laín, que el médico se ciña a la concepción “científico natural” en su tratamiento, aunque no debe conformarse. Si son enfermedades banales, poco más hay que hacer.⁷⁹⁰

Pero, en los procesos agudos no tan banales, el profesional sanitario puede contribuir al efecto de la medicación, 1) con su presencia discretamente administrada, 2) con una psicoterapia verbal no técnica, limitada a la sugestión y teniendo como fundamento una creyente coejecución de las vivencias íntimas del enfermo; todo esto, en el marco de una relación interpersonal –para Laín es un continuo referente lo que Platón decía: el médico, mediante un bello discurso, puede potenciar la acción curativa de los fármacos, o 3) con una psicoterapia rigurosa y técnica.

Aquí, Laín habla desde el afán teoretizante, que tanto le gusta.⁷⁹¹ La pregunta de un clínico puede ser, ante un proceso agudo, cómo hacer una psicoterapia verbal no técnica, o en

⁷⁸⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 415

⁷⁹⁰ *Op.cit.* pág.418

⁷⁹¹ Laín Entralgo P. *Obras...* págs. 13,15

el tercero de los casos propuestos, cómo se puede pensar en una psicoterapia rigurosa y técnica ante un proceso agudo, ya que, de llevar a cabo esta terapia es porque hay necesidad de un tratamiento de índole más crónica y profunda.

El paso de los años ha aclarado algo más esto que, tal vez, Laín vislumbraba como ideal, pero que, a veces, como él mismo confesaba, no estaba exento de cierto bizantinismo.⁷⁹² En cualquier caso, en el tratamiento, Entralgo trae a colación la máxima de Bérard y Adolph Marie Gubler (1821-1879): *“Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours”* (Curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre). También es muy conocida su frase: “no hay enfermedades sino enfermos”, así como lo que dijera en su momento Marañón: “sólo se es dignamente médico con la idea, clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor” (158).

3.16.3.3 El tratamiento en la enfermedad crónica

Según Laín reflexiona en los 60, en el caso de la enfermedad crónica, hay que tener en cuenta en el momento operativo que, por un lado, el enfermo sabe que el proceso no va a desaparecer en un plazo corto y la vida ha de organizarse, si se quiere, un tanto centripetamente con respecto a la enfermedad. El enfermo ve que su condición le limita y le abre o cierra puertas, ya que la dolencia le impide unas cosas y le permite otras, aunque en esto, el propio enfermo no lo sabe todo por sí mismo. Laín apunta, además, la posibilidad de que en la génesis de la enfermedad del proceso crónico, haya una etiología psicológica, en lo que notamos el excesivo protagonismo que el autor permite al psicoanálisis, ya que abre la puerta a que un “análisis psicológico adecuado permitirá descubrir algún sentido comprensible en la mayor parte de los procesos crónicos”, cosa que para Laín tiene mucha importancia, pues para él, “toda enfermedad tiene en su contextura una vena de “opacidad”, de incomprensibilidad psicológica”

De nuevo vemos al profesor algo alejado de la realidad de la atención clínica. A pesar de estar en el momento operativo, le falta el pragmatismo de decirnos cómo se ha de llevar esto a cabo. ¿Lo puede hacer todo el mismo médico? Hacer comprensible el papel de lo psicológico, ¿requeriría ayuda psicológica / psiquiátrica más especializada o el médico general de aquella época debería saber abordar el tema? No obstante, es de mucho interés ver cómo, en la

⁷⁹² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 418

práctica del médico de familia, es clave en la atención personal, lo que Borrell llama dar “el salto biopsicosocial”, de modo que Laín se adelanta unas décadas a un paso sumamente importante en la práctica del médico que quiera considerar al paciente de modo integral. Otra de las características de la enfermedad crónica que ha de tenerse en cuenta, es que, en palabras de Laín, “...la dolencia pasa en el enfermo de la esfera de lo-en-mí a “lo mío””, como si se tratase de que, en el proceso crónico, el enfermo hace finalmente propio su proceso. El paciente se va a convertir en intérprete, creador u oferente de su proceso.⁷⁹³ Le tocará al médico descubrir todo esto. Es decir, el paciente va a interpretar la enfermedad en el seno de su propia biografía, va, además, a darle un toque *cuasi-creador*, ya que aunque Laín propone que el paciente inventa en su enfermedad modos de vivir que antes no estaban presentes y habla directamente del paciente como creador, sabemos que Laín aquí depende de Zubiri en el concepto de la cuasi creación. Por otro lado, Laín, en el marco del catolicismo que profesa, muy explícito en la España de los 60, señala que el paciente viva como una “donación”, si acaso el paciente entiende el sufrimiento como un “don de Dios”, aunque también deja abierta la puerta a que el paciente, sencillamente, piense en que ha sido víctima de la suerte, sin más.

Así pues, la enfermedad crónica aflige, el dolor duele. De hecho, Laín nos recuerda el escrito de Lavelle, según el cual “el dolor nos permite medir el grado de seriedad que somos capaces de dar a la vida”, concediendo que, mientras no impida vivir, uno puede habituarse “seriamente” al dolor. Por otra parte, no podemos olvidar que la enfermedad crónica puede convertirse finalmente en un refugio en el que el paciente se instale, incluso un refugio que inconscientemente el propio paciente ha construido. También la enfermedad, aunque duela, trae su capítulo de ganancias.⁷⁹⁴

Con todo esto en mente, cuando no hay más opción que instalarse en la limitación que la enfermedad impone, el papel del médico, según Laín, es el de recrear o remodelar una vida humana. Como terapeuta, Laín propone entonces que el médico sea nada menos que novelista y escultor de la vida ajena. Novelista, porque el terapeuta tiene algo de inventor. Escultor, porque modifica la naturaleza del enfermo prescribiendo un plan de vida, ese régimen de vida que en el mundo griego se llamaba *diaita*, consistente en la reordenación de la *physis* individual del paciente en la *Physis* universal, idea basada en el naturalismo radical. Por cierto, nuestro profesor puntualiza que en este esquema griego falta el tener en cuenta a la persona. La naturaleza puede ser “cósmica”, pero ha de reconocerse como “personal”. La pauta vital

⁷⁹³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría* ... pág. 421

⁷⁹⁴ *Op.cit.* pág. 422

que el médico ordene, será una *ordenación inventiva del destino personal del hombre*. Así dicho, resuena de nuevo el modelo paternalista en la relación clínica, predominante en esos años. No es menos cierto que previamente, bebiendo de Weizsäcker, a quien Laín debe mucho de su concepción antropológica de la medicina, nos ha mencionado que médico y paciente deben ser *Weggewossenen*, es decir, compañeros de camino, unidos en una camaradería itinerante. Esa interesante metáfora se ha quedado corta en su desarrollo cuando, al final, Laín otorga ese papel tan preponderante al médico en la labor que en teoría se ha de esperar de él. Una vez más, echamos de menos unas dosis de pragmatismo para ver cómo se compaginan estas dos realidades.

Tenemos que reconocer que hoy en día, seguimos batallando con lo mismo. Ruiz del Moral, en la guía anteriormente mencionada, nos recuerda que en el modo de comunicación de los profesionales con los pacientes, los médicos utilizan estilos de consulta dominantes y enfoques predominantemente biomédicos. Además, los médicos no suelen atender al paciente como persona, en el sentido de no prestar atención a su mundo personal, a las ideas y preocupaciones respecto al problema y no acostumbran a involucrarlos en la toma de decisiones (410). Esta forma de actuar ha sido medida, tanto en el Reino Unido (411) así como en Estados Unidos (412) y en nuestro país, como muestra el estudio de Torío y García (34), hecho, además, en un entorno docente.

La comunicación es, además, peor entre terapeutas y ciertos tipos de pacientes, como los de bajo nivel cultural y socioeconómico (413), así como somatizadores, inmigrantes o pacientes pertenecientes a minorías, adolescentes y ancianos. También es una comunicación más deficiente si los pacientes presentan ciertos problemas en concreto, como el alcoholismo, violencia doméstica o SIDA (414–418). O sea, que es obvio que nos sigue costando el desarrollo de esa “camaradería itinerante”, a la que se refería Laín de la mano de Weizsäcker, entre médico y paciente, tan necesaria para que, por ejemplo, los pacientes se adhieran a los tratamientos.

De hecho, se siguen aportando hoy día datos que demuestran que la confianza en el médico y que éste tenga un conocimiento de la persona en su conjunto, no sólo como paciente, influye en la eficacia de los tratamientos (58), también demuestran que resulta influyente en el seguimiento de los mismos el tener en cuenta el grado de motivación del paciente con respecto a la propuesta terapéutica, valorando cuáles son las ideas y preocupaciones del paciente al respecto (238), incluidas en ocasiones preocupaciones y problemas no médicos (419). Hasta en el uso de los recursos, Ruiz Moral recoge varios trabajos donde se demuestra que los

pacientes que percibieron en sus visitas a los médicos un enfoque más centrado en ellos mismos, porque habían llegado a acuerdos, fueron sometidos a menos pruebas diagnósticas y menos derivaciones en los dos meses siguientes a la visita (420,421).

Volviendo a Laín, este nos refiere que, a la hora de prescribir ese tratamiento o esa dieta entendida como plan de vida, el médico se mueve en dos tipos de cuidado, de procura del paciente, y para ello va a recurrir a Heidegger. No olvidamos que, uno de los ámbitos en los que Entralgo aspira a desenvolverse y explicarse, es el de la filosofía. De hecho, en ocasiones nos parece que, más bien, pretende llegar a la filosofía a través de la medicina. Por algo, en el preámbulo de su obra *Diagnóstico Médico*, cita a Freud, quien confiesa: "en cuanto a mí, abrigo en el trasfondo de mí mismo la esperanza de alcanzar por la misma vía (la medicina) la primera de mis metas: la filosofía". (Freud: cartas a Fliess). Pues bien, esas formas de procura que Laín trae a colación de la mano de Heidegger, son, por un lado, la procura por sustitución, la "procura asuntiva" y por otro, la procura por anticipación, prevención o consejo. En el primer caso, se asume la libertad y la personalidad del tutelado, se obra por él. En el segundo, el consejero se limita a prever y prevenir lo que puede ser la existencia del aconsejado. Para Laín, el médico habría de situarse entre ambos.⁷⁹⁵ En la camaradería itinerante, parece que es el médico quien decide la ruta.

Tal vez, como consecuencia de una cierta idealización de lo que la propuesta del tratamiento supone, Laín dice que el médico realiza, en realidad:

a) Una operación del ánimo, en la que se integran un acto de invención imaginativa, donde, como antes comentábamos, el médico crea el "personaje" del enfermo como si se tratase de un novelista de la vida real, así como

b) Un acto de proyección modificativa, porque el médico modifica la naturaleza del paciente al hacer uso de los recursos terapéuticos a su alcance

c) Un acto de proyección coejecutiva en la que el médico imagina cómo irá evolucionando el paciente.⁷⁹⁶

Es interesante lo que Laín propone, pero, a la vista de toda la evidencia científica, pienso que queda poco margen para la invención, ya que en general y siguiendo con el símil, el guion

⁷⁹⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 424

⁷⁹⁶ *Op.cit.* pág. 423

está bastante cerrado en muchas de las ocasiones. Quedará, entonces, por parte del médico, la alternativa de explicar de forma adaptada e individualizada al paciente que tiene delante, cuáles son las diferentes opciones y junto con él, caminar por una ruta ya establecida por científicamente probada, quedando poco margen para la invención de personajes. Más bien, hay que trabajar para saberse el papel que toca desde el punto de vista biomédico. Para la terapia efectiva y como ya hemos apuntado, se ha de contar con el paciente como persona. Laín mismo dice que tampoco se trata de que el paciente sea un sujeto pasivo, pero, de nuevo instalado en un modelo bastante directivo (que, por cierto, no es que no sea eficaz, sólo que no ha de ser el único) exigirá al paciente una verdadera voluntad de curación, una actitud aceptadora respecto del plan propuesto por el terapeuta y una constante disposición a lo que la recreación inventiva aconseja y enseña. Citará para ello a su maestro Marañón, quien aquí se expresa en clave directiva: *“obedecer al médico es empezar a curarse”*.⁷⁹⁷

No obstante, Laín ya mencionaba en los años de su tesis doctoral, que el tratamiento era una aventura.⁷⁹⁸ Veinticinco años después, sigue ilustrando el tratamiento de la enfermedad crónica con la misma metáfora de antaño: la navegación por bordadas de los veleros que han de avanzar contra el viento de la tormenta. La enfermedad sería esa tempestad en la que médico y paciente han de atreverse a todo lo que se pueda (*quantum potes tantum aude*) siendo el médico el que conoce el arte de navegar contra el viento. Cada visita del médico es el comienzo de una nueva bordada en el empeño de navegar según la evolución del paciente, cosa que se valora en un nuevo acto de coexistencia personal. En su descripción de la metáfora, en *Medicina e Historia*, Laín nos dirá que, en esta navegación, el médico encuentra, como si de diferentes estratos se tratara, un manojo de “hechos aparentes”: los síntomas, que son objetivables. Tal vez lo hubiéramos entendido más claramente si usando de mayor precisión fisiopatológica, los hubiera llamado “signos”. Quizás Entralgo sigue la etimología de los *semeia* griegos. Por otro lado, nos recuerda el profesor, hay otro fascículo de hechos: co-sentidos, más propios de la esfera vital del paciente, no tan objetivables, ante los cuales el médico no puede hacer otra cosa que “co-sentirlos”, por compasión sensible. El médico ha de *con-fundirse* afectivamente. Finalmente, Laín señala la existencia de otros hechos: los actos rigurosamente personales, que son, por tanto, más sutiles, incluso de una personalidad intransferible: los afectos como la tristeza espiritual, intenciones del paciente en sus expresiones; incluso, Laín los llama “actos del destino” Ante estos, cabe la coejecución de

⁷⁹⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 425

⁷⁹⁸ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...*pág. 343

actos revelados en lo que Laín denomina una amorosa y creyente coexistencia. Pasaríamos a “estar en el paciente”, el médico lleva a cabo una verdadera “in-stancia” . Así pues, la coejecución amorosa y la apariencia resistente son los elementos propios de la acción médica.⁷⁹⁹ En términos de los años 60, algunas de las cosas que Laín mencionaba en los 40, estarían a caballo entre el momento afectivo, cognoscitivo y operativo.

Con menos ropaje subjetivo y metafórico, aunque con muchas esencias en común, hoy en día hablamos del imprescindible compromiso con la persona del paciente, y es parte de los objetivos explícitos en el programa de algunas especialidades el “conocer la influencia de los factores personales en la entrevista clínica, e involucrar al paciente , tanto en el proceso diagnóstico como terapéutico”.⁸⁰⁰ Mc Whinney nos recuerda que el poder de curar de un médico descansa, no sólo en los agentes terapéuticos de curación física (fármacos, habilidades quirúrgicas...) o mentales (habilidades de relación, para escuchar, tranquilizar...) sino en la naturaleza de la relación entre el sanador y el enfermo (422).

Así, Ruiz Moral a día de hoy, subraya que para conseguir aliviar el sufrimiento, o ayudar a los pacientes en su capacidad de curación (422–425), es necesario que el médico entienda a la persona, lo cual, no nos engañemos, es bastante sofisticado. Por otro lado, hace falta que el paciente sepa lo que le pasa y que el médico le ha comprendido. Sin embargo, el sufrimiento del paciente no puede entenderse sólo mediante la interpretación de signos, síntomas y signos comunicacionales y su curación o consuelo no descansa sólo en la aplicación de estrategias médicas y técnicas relacionales, sino en la comprensión de la persona y su sufrimiento en todas sus dimensiones, lo cual es desde luego demasiado ambicioso y difícil (420). Sin embargo, aunque la comprensión de una persona de manera total es imposible, sí ha de tener lugar un esfuerzo constante por parte del profesional, cuando intenta promover conductas saludables, por entender el significado de sus vidas y de sus acciones (421).

3.16.3.4 El tratamiento en la enfermedad de predominio neurótico.

Hijo de su tiempo, Laín había dividido el tratamiento según la enfermedad fuese aguda o crónica. En su faceta de psiquiatra, otorga un espacio para la enfermedad “preponderantemente neurótica”, porque, no tiene reparos en decir que toda enfermedad tiene en su estructura algún ingrediente neurótico. De manera muy preclara, ya que las

⁷⁹⁹ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...* pág. 342-3

⁸⁰⁰ Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. ...* pág. 72

investigaciones siguen avalando este hecho, él dice que la causa inmediata de la afección neurótica es siempre un desorden somático, más o menos sutil, localizado y lábil.⁸⁰¹ Pareciera que estamos ante una versión biologicista de Laín, quien anticipa los desórdenes bioquímicos que en ese momento no se conocían y de los que vamos teniendo mayor noticia cada vez. No ajeno a que la psicofarmacología ya está jugando en los sesenta un importante papel, opta por un pragmatismo a la hora de llamar neurótico a un proceso; es, para él, todo desorden morboso que puede desaparecer mediante recursos terapéuticos de carácter psíquico. Para Laín, el enfermo crónico no neurótico “no puede”, mientras que el enfermo crónico neurótico es aquel en quien predomina un “no saber hacer una vida sana y propia”.⁸⁰² No sin cierta retórica, Laín define al neurótico como quien no se ha instalado adecuadamente en la realidad y no tiene el conjunto de sus creencias correctamente ordenadas en su existencia. El terapeuta deberá llevar a cabo una psicoterapia reglada que Laín compara a una auténtica reforma, posiblemente confundiendo el deseo de lo ideal con la realidad, ya que Laín deja en manos del médico nada menos que “el enfermo llegue a ser el mejor de los personajes que su persona le permite ser”, aludiendo, una vez más, a su maestro Zubiri, quien recuerda que el hombre es verdadera creación de posibilidades.

Aún en los casos de enfermedad crónica de predominio neurótico, tal y como él lo describe en los sesenta, hay que conjugar somatoterapia y psicoterapia de manera armoniosa. Laín acota las vías de la psicoterapia a procedimientos de métodos mentales, “métodos organísmicos” y “ejercicios en común”, siguiendo a Schultz.⁸⁰³ Subraya la importancia de estar frente a frente, médico y enfermo, en contraposición a la clásica postura del diván de la terapia psicoanalítica. Hace, por cierto, una descripción de la influencia de los espacios y de las posiciones del paciente en el entorno de la consulta, aludiendo a lo que hoy conocemos como proxémica y que mencionamos en páginas anteriores. Pues bien, frente a frente, es como se conforma la entidad terapéutica por excelencia, la *cuasi-diada* que componen médico y enfermo. Laín dice que, en dicha psicoterapia, ha de tener lugar el consuelo, el consejo y la conducción.⁸⁰⁴ Es interesante cómo Laín sigue manteniendo lo que había dicho en los

⁸⁰¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 427

⁸⁰² *Op.cit.* pág. 428

⁸⁰³ Schulz: *Die Behandlung mit seelischen Mitteln, Wege der Heilung* (Stuttgart, 1959), citado por Laín en *La relación médico enfermo ...*, p. 433.

⁸⁰⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 434

cuarenta: “la psicoterapia está fundada en la intuición amorosa del destino a la vez propio y comunal del enfermo (propio, porque es suyo; comunal, porque se realiza en la comunidad que el enfermo constituye con los demás hombres) y se halla enderezada a otorgarle consuelo, consejo y conducción por obra de la coexistencia”.⁸⁰⁵

Ya que la enfermedad aísla, el consuelo es capaz de cambiarla la soledad de aflictiva a soledad acompañada. Máxime si recordamos que en un enfermo neurótico, esta soledad es especial, porque el paciente sigue desenvolviéndose en sociedad, aunque limitado. Aquí, nos dice Laín, el primer recurso del terapeuta, es “saber oír”, cultivar la “psico acústica”, que es fundante para el correcto “psico-análisis”. El oír del médico (administrando palabras y silencios) y el oír del paciente. Laín recuerda la virtud “sodalicia” de la apelación verbal. Siguiendo en la senda de la cooperación amistosa, y aunque Laín nos recuerda que la asistencia médica es un acto de convivencia formalmente distinto al del consejo, éste, al final ha de tener lugar. Consuelo y consejo llevan finalmente a la conducción. Una vez más, creemos que apuntando demasiado alto, Laín dice que la cooperación cuasi diádica entre médico y paciente tiene como tarea inmediata conducir al paciente hacia la “vida nueva” que el terapeuta ha inventado para él, hacia la salud, en el mejor de los casos. Nuestro profesor sigue insistiendo en la preeminencia funcional de la relación y señala al médico como tal. Sigue el modelo paternalista, una vez más. Al paciente le toca obedecer. ¿Con qué herramientas debe el médico convencer al paciente? Laín señala tres recursos para vencer las siempre existentes resistencias: capacidad sugestiva, verdad y amor.⁸⁰⁶

3.16.3.5 Tratamiento médico y amistad.

Ya mencionó Laín este tema de la amistad en términos médicos cuando nos habla del momento afectivo de dicha relación. Ahora, ante el momento operativo, Laín nos la trae a colación de nuevo.

Para empezar, la mera presencia del médico ya tiene cierta virtud sanadora.⁸⁰⁷ El paciente sabe que no está solo, que podrá contar con el profesional ante la presencia de un malestar, de una enfermedad que para él suponen una amenaza, De modo que, antes de que

⁸⁰⁵ Laín Entralgo P. *Medicina e historia...*pág. 303

⁸⁰⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 436

⁸⁰⁷ *Op.cit.* Pág. 438

exista intención terapéutica, ya tiene lugar la terapia. Cuando el médico actúa vocacionalmente, se hará teniendo como ingredientes principales la beneficencia y la confianza. Según Laín, no se debe renunciar a la concepción científico – personal del ejercicio de la medicina. El médico ha de ser *antropófilo*, además de *tecnófilo*. Al menos, en teoría. Aquí también, como en otros momentos de la relación médico enfermo, el *ego sapiens, cupiens o fungens* puede malograr el tratamiento.

Laín, en los 60, termina su capítulo dedicado al momento terapéutico distinguiendo entre “tratamiento correcto” y “óptimo” Aún para el tratamiento correcto será necesario esto que Laín llama “amistad médica”. No obstante, él señala que visto el déficit que observa en gran número de casos con respecto a la existencia de dicha amistad médica, sólo ésta marcará la diferencia del tratamiento, para convertirlo en óptimo. “ El tratamiento será óptimo cuando el remedio sea prescrito y administrado no sólo con corrección, también con amor. Sólo el amor -amor a lo que hacemos, amor hacia las personas hacia las cuales va, de uno u otro modo lo que hacemos, -puede acercarnos a la perfección.” ⁸⁰⁸

3.16.3.6 El momento operativo en su Antropología Médica

Ante quienes pudieran pensar que el ensayo es un género literario chico, Laín pensaba, siguiendo a Marañón, que lo más serio que hacen los hombres es ensayar y ensayar. Sin embargo, a esto él añadía que el ensayista debe aspirar a la consecución del sistema, ya que definía al ensayo también como una “sugestiva de urgencia” ⁸⁰⁹(426). Pues bien, veinte años después de la publicación de su teoría sobre la relación médico enfermo, en su Antropología Médica, Laín sigue sistematizando y nos plantea que, en el tratamiento del paciente, al que sigue llamando *momento operativo*, tiene lugar un conjunto de factores que da en llamar “constelación terapéutica”, con un vector resultante: el vector terapéutico (El Laín científico no renuncia a hablarnos de momentos y vectores)

3.16.3.6.1 La constelación terapéutica

En cuanto a los elementos constituyentes de esa constelación, tenemos al médico en primer lugar, el primer “agente terapéutico”, con un mecanismo de actuación que, según Laín,

⁸⁰⁸ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.442

⁸⁰⁹ Albarracín A. *Pedro Laín, historia de una utopía*. Madrid: Espasa Calpe; 1994. Pág. 153

depende del prestigio profesional y de la peculiaridad del carácter del mismo. La iatrogenia, para Laín, es neutra, porque necesita de apellidos: puede ser una iatrogenia positiva o iatrogenia negativa. En su faceta de historiador nos recuerda cuál ha sido el papel del médico como técnico en acción, ante la realidad psicoorgánica del enfermo: el médico como servidor de la naturaleza, (Hipócrates y Galeno), como “gobernador” de la misma y, en los tiempos en que Laín escribe sus reflexiones, además de gobernador, es *cuasi creador* de modos de ser. La ubicación del propio médico en una de estas posiciones: servidor, gobernador, cuasi creador, influirá, nos dice Laín, en la eficacia de dichos tratamientos.

Otro de los elementos de la constelación es el marco del tratamiento, la ubicación en la que tiene lugar el mismo, que, para Entralgo, puede ser generadora de confianza o de lo contrario

La persona del enfermo es el tercer elemento en lo que él da en llamar “la estructura de la situación terapéutica”, tanto como mero organismo, como cuanto titular de actitudes anímicas y de intereses personales, con la confianza y la desconfianza.

En cuanto que organismo, Laín apela a la antigua *vis medicatrix* en su versión modernizada, que pasó en los siglos XVIII y XIX por ser principio vital, dando lugar al vitalismo y que hoy en día, nos dice el profesor, no es otra cosa que la tendencia natural del organismo a su curación, programada genéticamente, sin olvidar las alteraciones genéticas, que, en ocasiones, pueden ir en contra del paciente. En todo caso, el médico es quien debe dirigir la orquesta de la tendencia a la curación, lo que requiere de actuación externa. Es aquí ahora, en los años 80, cuando Laín insiste en que la estructura de la realidad humana es psicoorgánica, a la vez orgánica y psíquica.

Ante el hecho de que el enfermo sea portador de emociones, intereses, confianza o desconfianza en el médico, Laín se distancia de lo que él llama “radical dualismo de la antropología cartesiana”, dando por hecho que el alma y sus emociones afectan al cuerpo, y descarta la posibilidad de una “psicogenia” así entendida. Para él, quien en los años 90 se define como monista estructurista, (363,427), cuando tiene lugar un estímulo emocional, se ve afectada la toda la realidad psicoorgánica del sujeto, sin excluir, por supuesto, los matices somáticos, teniendo como base el sustrato neurohormonal, neurofisiológico, etc. Parece que Laín no pierde ocasión, en su concepción de la antropología, de separarse del tradicional dualismo “cuerpo –alma”.

Con todo esto, nuestro profesor otorga a la confianza lo que él denomina una acción meliorativa y a la desconfianza, peyorativa. La voluntad de sanar, ayuda a la curación. La apatía y el refugio en la enfermedad, la cohíben.⁸¹⁰

Como colofón, el elemento final de esta constelación, Laín menciona “el remedio”. ¿Cuál es el remedio que el médico aplica? Un conjunto de cuatro cosas: la palabra, (para Laín esto es clave desde Freud), la dieta, el fármaco y la intervención quirúrgica. Se anima a modificar el aforismo hipocrático, actualizándolo a su tiempo: “lo que no cura la palabra, lo cura la dieta; lo que la dieta y la palabra no curan, lo cura el fármaco; lo que no cura la palabra, la dieta o el fármaco, lo cura la intervención quirúrgica; y lo que ni la intervención quirúrgica ni el fármaco pueden curar hoy, deberá esperar lo que la investigación de mañana nos ofrezca”

3.16.3.6.2 El vector terapéutico

Toda la constelación a la que Laín hace referencia, contribuirá en una dirección y en un sentido: la recuperación de la salud del paciente. Laín pone ante nosotros la metáfora del vector. Todos los protagonistas en la escena, como si de diferentes fuerzas se tratara, han de dar como resultado el vector terapéutico. Si este vector es de predominio orgánico, el fármaco o la intervención quirúrgica serán los elementos principales del tratamiento y en este caso el momento psíquico, que siempre está presente, será coadyuvante. Los papeles se intercambian si el vector es predominantemente psíquico. Serán entonces la palabra o la situación los protagonistas y el fármaco el coadyuvante.⁸¹¹

En su Antropología, no hay grandes novedades cualitativas con respecto a lo que ha dicho veinte años antes con respecto a la acción de los fármacos. Sigue pensando en el médico, tanto en su faceta de farmacoterapeuta como de cirujano, como alguien que intentan actuar sobre el organismo de los pacientes casi con la seguridad de un ingeniero sobre el mecanismo de sus motores. El cirujano, usando sus manos, ayudadas de toda la tecnología a su alcance para conseguir un mejor resultado. Ahora bien, para Laín, cuando el terapeuta, prescribe al aspecto farmacológico del tratamiento, de alguna manera va a llegar con su mano a las últimas estructuras moleculares dañadas, a través del medicamento. Usando de la metáfora del fármaco como prolongación manual, Laín nos llega a decir: “como sutilísimas y bien orientadas

⁸¹⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 414

⁸¹¹ *Op.cit.* pág. 415

manos, las moléculas del principio activo llegarían a la parte sanable y modificarían su dañada estructura biofísica, bioquímica, celular y humoral. No parece ilícito entender como “terapéutica manual” la que se llevaría a cabo ...”.⁸¹² Ya había mencionado algo similar en los 60.

En el texto que nos ocupa, Laín amplía el concepto de placebo, con algunas de las referencias coetáneas al respecto. Para recordarnos la importancia histórica del efecto placebo, Laín nos señala a Platón como el primero en señalar que un remedio terapéutico sólo puede ser plenamente eficaz si antes de su administración al enfermo se le ofrece un discurso persuasivo y bello, cosa que leemos en el *Cármides*.⁸¹³ Esto Laín lo amplió en el estudio dedicado al uso terapéutico de la palabra en la Antigüedad Clásica. Mientras Laín dice que nadie se había dado cuenta de esto hasta ese momento,⁸¹⁴ lo cierto es que él tiene una deuda que reconoce con Oswald Schwarz, el llamado urósofo, quien había citado ese mismo diálogo de Platón como introducción a su *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*, publicado en Viena en 1925.⁸¹⁵

En lo que a la intervención quirúrgica se refiere, como parte de las fuerzas contribuyentes al vector terapéutico resultante, Laín insiste en colocar marcos conceptuales de referencia con neologismos que sirven para explicitar lo que se espera de un buen cirujano: la *euritmia* de su trabajo manual (no hay que olvidar la etimología de “cirugía”: obrar con las manos) que se ha de articular con la *eucinesia*, la *eunoia* y la *eubulia*. En otras palabras, mover las manos con destreza, sabiendo bien lo que se hace buscando el bien del paciente. Aquí hay un predominio de lo orgánico, aunque una y otra vez Laín nos recuerda que siempre estará el factor psicológico presente si se quiere atender a la condición personal del paciente. Recordemos que, para Laín, el médico ha de ser seriamente reflexivo y mentalmente abierto a la consideración del enfermo como persona doliente.⁸¹⁶

Tampoco hay muchos cambios con respecto a lo dicho en los años 60 cuando se refiere a la palabra como elemento integral de lo que ahora llama vector terapéutico, coadyuvante al resto de tratamientos. Antaño se refirió a ello como psicoterapia verbal, con predominancia del

⁸¹² Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 416

⁸¹³ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 114

⁸¹⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág.416

⁸¹⁵ Laín Entralgo P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica ...* pág. 107

⁸¹⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág.420

consejo cuando corresponde, y en esencia, Laín no ha cambiado a la hora de señalar la importancia de la palabra como medicamento, en lo que sería una acción psicoorganoterapia.⁸¹⁷

Si en los 60 Laín dividía la enfermedad en 1) aguda, 2) crónica y 3) de predominio neurótico, en los 80 la clasifica en 1) aguda-curable, 2) crónica preponderantemente orgánica y 3) crónica preponderantemente psíquica-

3.16.3.6.3 Ante la enfermedad aguda.

Se entiende la curable, ya que Laín comienza explicando que cabe la posibilidad de que tengamos ante nosotros un proceso con resultado de muerte. Ahora bien, ante aquel proceso agudo sobre el que podemos actuar, el médico ha de llevar a cabo su mejor praxis. En el momento en el que Laín reflexiona sobre esto, ya la estadística se ha convertido en una herramienta de suma importancia en el quehacer clínico. De hecho, él la denomina “el marco en el que se sitúa la certidumbre”.⁸¹⁸ Una curiosidad: Laín destaca que, en el tratamiento de una enfermedad aguda, ante todo, haya que pensar en la posibilidad de fracaso, aunque este sea probabilísticamente mínimo. No sabemos con certeza el papel que en esto haya jugado el estar ausente de la clínica, ya que, como él decía de sí mismo “yo era un psiquiatra sin especial afición a la clínica e intensamente atraído por la vocación teórica a los temas de antropología”, lo que puede llevar al miedo junto a la siempre necesaria precaución. Según Laín, no basta con contentarse al saber que el remedio propuesto será ineficaz en un 0.5 – 1%. Hay que considerar la posibilidad de que eso tenga lugar. Sin embargo, quienes estamos en el constante ejercicio clínico consideramos esas cifras más que suficientes para adentrarnos en la ruta terapéutica con un más que razonable optimismo, transmitiéndoselo así al paciente. Eso sí, Laín nos recuerda que el atento examen de un caso singular puede dar más luz que cualquier estadística.

Una vez puestos en marcha con el tratamiento en estos casos, se ha de proceder al tratamiento más eficaz, sin descontar el efecto placebo y administrando el médico su presencia, de modo discreto y oportuno. Nos hubiera gustado que matizara de manera más práctica este interesante matiz.

⁸¹⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 420

⁸¹⁸ *Op.cit.* pág. 410

3.16.3.6.4 Ante la enfermedad crónica preponderantemente orgánica

No vemos cambios esenciales con respecto a lo señalado por Laín en los años 60, en relación a la meta y estructura del tratamiento en este caso, insistiendo en otorgar al profesional sanitario el complejo papel de novelista de la vida ajena desde la posición de camarada del paciente, reformador, así como educador y médicamente amigo. Se intuye un tono de menor intensidad paternalista, y a estas alturas de siglo, Laín ya no reclama la obediencia por parte del paciente, sino la colaboración. Él mismo subraya que un plan terapéutico nunca puede quedar en puro consejo ni en pura tutela.

3.16.3.6.5 La enfermedad crónica preponderantemente psíquica

Esta vez no llama, de entrada, neurótico a este tipo de procesos, sino que otorga una denominación más amplia: enfermedad de predominancia psíquica. Se queda en la clasificación que se usaba entonces, entre neurosis, haciendo alusión a los veintiocho tipos que había consignado por entonces su discípulo Gracia Guillén y, por otro lado, el grupo de las psicosis. Hay muchos elementos en común con lo que Laín había dicho en su anterior estudio; sin embargo, en lo que respecta a lo que él llama “estructura del tratamiento”, hay algunos matices a destacar. Parte de la base de que ha de llevarse a cabo una psicoterapia, ya que si la enfermedad se vive como una soledad aflictiva, en el caso del neurótico, se puede encontrar solo mientras vive en sociedad. Para Laín, quien en los 60 nos hablaba de que en estos casos la terapia se basa en el consuelo, el consejo y la conducción, ahora nos dirá que se trata de llevar a cabo cuatro aspectos: consuelo, esclarecimiento, roboración y conducción. Lo novedoso aquí es esa *roboración*, que parte de considerar al paciente de modo íntegramente personal, para darle vigor al paciente. Para vencer la resistencia que el médico encuentra en el paciente, propone tres ingredientes: capacidad sugestiva, verdad y amor. Una vez, más estamos ante bonitos conceptos frente a los que Laín nos deja a la puerta, sin descender al terreno pragmático e indicarnos, en concreto, cómo llevarlos a cabo.

3.16.4 El momento social

La relación del médico con su paciente, como es sabido, ¿Es algo que ocurre tan sólo entre ellos dos? Al fin y al cabo, el profesional de la medicina ha sido tradicionalmente un

profesional liberal, que de modo autónomo e independiente ve a su paciente. Llegadas las reflexiones a este punto, Laín gusta de citar al clínico alemán Schweninger, cuando decía “cuando veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”.⁸¹⁹⁸²⁰ ¿Es esto así? Evidentemente no, aún antes de la socialización de la medicina que tiene lugar en muchos países, entre ellos el nuestro. Laín nos recuerda que la relación médica tiene una realidad constitutivamente social. Además de un acto científico –técnico, la asistencia médica es una actividad con varias aristas: la socioeconómica, la sociopolítica y la ética.⁸²¹ En su estudio de los años 60 no lo denomina como en los 80, momento en el que abiertamente Laín habla de “el momento social” de dicha relación. Previamente, se embarca en lo que llama la “consistencia social” de la misma. Desde la plataforma que nuestro profesor mantiene, de la *cuasi – diada* de la relación clínica como una relación interpersonal, amistosa y genuina, señala que el bien perseguido en dicha relación, evidentemente tiene un componente social.⁸²² Eso, si tenemos en cuenta los fines de la misma.

Puede que el paciente que entra por la puerta de la consulta no venga acompañado visiblemente, pero en realidad nunca entra solo. Hay toda una vida familiar, laboral, de interacción social en definitiva, que le acompañan. Ya está lo social sobre la mesa en el comienzo mismo de la anamnesis. Pero Laín sabe que eso es muy elemental y nos apunta más allá: a la necesidad de abordar toda esa sociología de una manera científica, con disciplina, esa de la sociología médica, de nuevo cuño en los últimos decenios, y Laín se resiente de la terquedad que en esos momentos manifestaba la vida universitaria española, y por tanto, no tuviese acogida.⁸²³

Lo social está, tanto en la génesis de la enfermedad, como en la vivencia de ésta por parte del enfermo, es la configuración del cuadro sintomático y en el hecho de la comunicación de la enfermedad al médico. En todo esto ve Laín que la relación médica tiene esa consistencia social.

⁸¹⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág.458

⁸²⁰ Laín Entralgo P. *La medicina actual...*pág. 88

⁸²¹ *Op.cit.* pág. 85

⁸²² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág 458

⁸²³ *Op.cit.* pág. 461

3.16.4.1 Constitución social en el origen de la enfermedad.

Y es que la propia enfermedad que desarrollamos en un momento dado, puede tener su origen en los otros. Sin ir más lejos, en la carga genética expresada de una manera concreta, y que nos ha sido transmitida a lo largo de genealogías de otros, aunque sean los nuestros, los de nuestra extirpe. Luego vendrá el útero social que nos ayuda al desarrollo debido a la inmadurez con la que nacemos como “cachorros” humanos. Este es un concepto que toma prestado del zoólogo Portmann. Así, la secuencia en la que tantos están implicados no es otra que la peculiaridad génica, la gestación uterina y el útero social, esa urdimbre afectiva de la que hablaba Rof Carballo. Llegará posteriormente el componente educacional, las diferentes vicisitudes vitales; en fin, que, como dice Laín, nuestra constitución es genética y estructuralmente social.⁸²⁴ Es estructural también, porque no sólo en el gen hallamos la huella social, sino que podemos ver en la causa externa, a nivel social, el origen de la enfermedad también. En su estudio de los 60, Laín pone como ejemplo la estructura social de la patología tumoral, tal y como se conocía en ese momento, apelando a la existencia de una relación entre la clase social y la distribución de la misma. Aunque en este apartado no lo hace, Laín, páginas atrás, en el abordaje histórico de la relación médica, nos ha recordado cómo la revolución industrial trajo un aumento de las cifras de mortalidad en algunas áreas de Gran Bretaña y cómo la pobreza y hacinación habida en las ciudades europeas de principios de siglo XX contribuyeron a un aumento de la morbilidad.⁸²⁵ De esto da fe también en las páginas de Medicina Actual,⁸²⁶ en la que describe el pauperismo, donde hace un recorrido histórico de la realidad española. Laín explica asimismo las diferentes actitudes que, a lo largo de la historia, según él, han sido las predominantes ante este hecho del enfermar de los más desfavorecidos: Actitud caritativa o filantrópica, la utópica y la político-social.⁸²⁷ A día de hoy las desigualdades sociales configuran también un mapa de distintas patologías. Lo que ya no estaría tan claro es si se enferma más, pero sí que se enferma de manera distinta. Además, Laín se apoya en estudios coetáneos para demostrar que el entorno social moldea nuestra vivencia de enfermedad, relativizando la intensidad de la queja y la demanda de ayuda. Esto sigue plenamente vigente

⁸²⁴ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 461

⁸²⁵ *Op.cit.* pág. 216

⁸²⁶ Laín Entralgo P. *La medicina actual...*pág. 91

⁸²⁷ *Op.cit.* pág. 97

hoy en día. Yendo más allá, incluso la configuración del cuadro sintomático y la expresión del mismo al médico tiene matices según el trasfondo social. Una vez más, el maestro Marañón: “la úlcera de estómago no es la misma enfermedad en un segador que en un profesor de filosofía”⁸²⁸ (64). Laín cita estudios psiquiátricos de Hollingshead, Redlich, Ruesch y Bowman. A modo de conclusión, nos dice “los ‘otros’ lejanos (la sociedad, a través de sus diversos grupos) y los ‘otros’ próximos (las personas que más inmediatamente rodean al enfermo) condicionan en alguna medida la realidad misma del cuadro clínico de la enfermedad individual”.⁸²⁹ En los 60, Laín anima a que se profundice en toda esta amalgama de factores sociales, en el entorno nacional.

Así pues, la enfermedad en sí, tiene su consistencia social configurada por la causa de la enfermedad, el sentimiento de la misma y la configuración del propio cuadro sintomático. En su Antropología, Laín viene a decir en esencia lo mismo.

Pero no sólo se trata de la enfermedad como tal, sino que hay una “socialidad” del médico, uno de los neologismos lainianos para expresar el modo de ser social del mismo. Laín como historiador, ha profundizado en el devenir histórico de los avances médicos y nos señala con claridad que el médico está influido por lo que llama “el espíritu del tiempo”, ya que las expectativas sociales van moldeando, para empezar, lo que el médico ha de conocer, al avanzar los conocimientos científicos del modo que lo hacen. En su Antropología de años después, Laín señala que el propio lugar en el que el médico obtenga su formación, con su concreto nivel científico, va a jugar un papel en el propio médico. Pero además de que la mentalidad y la formación del médico se vean sometidas a la influencia de la historia, la propia mentalidad del médico es social⁸³⁰ y, por un lado Laín nos expone lo que en otras partes nos ha explicado con los *egos* en acción (*cupiens*, *sapiens*, *fungens*, *adiuvans*) que, lógicamente, tienen su propia proyección social. Hay, claro está, toda una mentalidad del propio galeno en su ejercicio, ya sea que el médico sea de ideología burguesa o proletaria, que matiza el quehacer en el seno de la relación médica. También aportará sus matices si el consultorio es privado o público.^{831·832}

⁸²⁸ Marañón G. *Vocación y ética y otros ensayos ...* pág. 347

⁸²⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 463

⁸³⁰ *Op.cit.* pág. 464

⁸³¹ *Op.cit.* pág. 465

⁸³² Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 444-5

3.16.4.2 Socialización interna y externa de la relación médica.

Por todo esto, la propia relación médica, ya al margen de sus componentes por separado, tiene para Laín un carácter constitutivamente social. En palabras textuales “la vinculación personal cuasi-diádica está inserta y parcialmente determinada en un cuadro de referencias sociales”.⁸³³ Hay, por un lado, un componente social externo a la propia relación médica, porque hay todo un conjunto de expectativas sociales que esperan del médico y del paciente cosas diferentes, roles concretos que cada cual ha de desempeñar, y por otro, lo que en su Antropología Laín llama la “socialización desde dentro”, algo más interno y propio del desarrollo de esta relación que, en principio se presupone terapéutica, en forma de cuasi diada.⁸³⁴

Si miramos al aspecto externo, a esta “socialización desde fuera”,⁸³⁵ es evidente que la relación del médico con el enfermo se ha transformado. Desde la época del paternalismo abusivo, ahora predomina la conciencia de derecho del paciente. Por otro lado se pretende que desaparezca la existencia de una medicina para ricos y otra para pobres, así como tiene lugar algo novedoso, en palabras de Laín: que las enfermedades leves son también motivo de consulta, y no hemos de olvidar que ahora surge la posibilidad de que las ganancias de la enfermedad sean un tema que influya al paciente, quien las persigue consciente o inconscientemente.

Ante esta socialización externa, Laín toma prestados los conceptos del eminente sociólogo norteamericano Talcott Parsons (1902-1979), uno de los mayores exponentes del estructuralismo funcional en sociología, teoría que sostiene que las sociedades tienden hacia la autorregulación, así como a la interconexión de sus diversos elementos (valores, metas, funciones, etc.). Pues médico y enfermo no son una excepción, y la sociedad les atribuye unos roles, con todo el conjunto de expectativas secundarias, “institucionalizadas”, en palabras de Laín. ¿Qué se espera del rol de enfermo? Pues, según Parsons:

- 1) El enfermo queda libre, mientras lo está, de las obligaciones sociales inherentes a los diversos roles que en estado normal desempeñaba dentro del sistema.
- 2) No puede librarse por sí mismo de la enfermedad.

⁸³³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría ...* pág. 465

⁸³⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 445

⁸³⁵ *Op.cit.* pág. 445

- 3) Está obligado a querer curarse.
- 4) Está, asimismo, obligado a solicitar ayuda médica y a cooperar, al servicio de su salud, con el médico que la presta.^{836·837·838}

Si ponemos el foco en el médico, lo que la sociedad espera es que contribuya al dictamen para la liberación del enfermo de sus responsabilidades sociales cuando no se pueden llevar a cabo por causa de la enfermedad, acoger al paciente con el deseo de curación y colaborar técnicamente con él hasta su recuperación. Parsons señala que el rol de médico está sometido a un sistema de pautas de orientación:

- 1) El médico tendrá que decidir entre la orientación hacia la colectividad y la orientación hacia él mismo.
- 2) Entre el universalismo y el particularismo.
- 3) Entre el atenerse a las condiciones previas (p.ej.: las dependientes de la familia a que el enfermo pertenece) o la exclusiva consideración del rendimiento social.
- 4) Entre una orientación de su práctica funcionalmente difusa (generalismo) y otra funcionalmente específica (especialismo).

Dentro de la sociedad civilizada actual, el médico debe ser afectivamente neutro, orientarse hacia la colectividad, optar por el universalismo, atenerse al rendimiento y actuar con especificidad funcional.^{839·840} Laín da como bueno el planteamiento de Parsons, aunque matiza la imposibilidad de otorgarle una validez absoluta. El ejemplo lo ve Laín en la figura del enfermo neurótico, siempre objeto de especial consideración por su parte, ante la que es imposible hacer una estimación social que diga que “no puede librarse por sí mismo de la enfermedad”, así como la diferente valoración de muchos médicos coetáneos del Laín de los 60 -momento en el que hace esta observación- sobre si la neurosis es o no es una enfermedad, o incluso si en algunos ámbitos se le considera al propio enfermo responsable de

⁸³⁶ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 190

⁸³⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 445

⁸³⁸ Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 466

⁸³⁹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 446

⁸⁴⁰ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 467

su enfermedad. Para un análisis posterior, considera la necesidad de trabajar en equipo, en el sentido de requerir, para todo esto, varios dictámenes, no sólo los de un profesional. Pero, además de eso, el planteamiento de Parsons suena a algo más bien estático y, como es propio de las sociedades, muchos marcos conceptuales cambian, incluidos los propios roles de médico y enfermo. Ya Laín cita estudios en los que se observa un cambio en el rol del paciente, mucho más exigente en lo que a sus derechos se refiere, más con mentalidad de acreedor que de deudor.

3.16.4.3 Los momentos sociales de la cuasi-diada médico-enfermo.

Para Laín, la propia relación del médico con su paciente tiene suficientes ingredientes como para etiquetarla de social. El propio encuentro y la exploración clínica “son siempre actos sociales”.⁸⁴¹ Lo que luego vayamos a hacer en términos de diagnóstico, las diferentes técnicas que se vayan a utilizar, todo el recorrido hasta el mismo, tiene un marcado componente social. Una vez llegado el diagnóstico, en ese “consaber” del que Laín nos habla, hay que hacer partícipe a muchos otros en ocasiones, certificando el estado de enfermedad en esa faceta que tiene el médico de ser “notario de la salud”, porque tantas veces ha de “dar fe”, “levantar acta” de lo que al paciente le sucede, todo ello en el marco de la protección de los derechos del paciente, hoy correctamente en boga, pero que traspasa con mucho la frontera de esa supuesta “isla desierta” en la que algunos ubicaban hace tiempo la relación clínica. Como Laín ya nos ha ido contando en el momento afectivo de la relación, dicha vinculación afectiva tiene también un componente social. Incluso en el tratamiento, tiene su papel la influencia social. Laín apunta en los 80 que aún perdura algo de la vieja distinción entre medicina para ricos y para pobres, (batalla constante) y esa forma de situarse en una u otra clase social, determina aspectos de la relación médica. Nuestro profesor tiene palabras para señalar la ya por entonces poderosa maquinaria de la industria farmacéutica, que, con una eficaz propaganda, pretende crear tendencias, influir en tratamientos. La clarividencia de Laín era notoria. A día de hoy, hay voces que señalan el intento de estas grandes compañías por transformar las molestias de la vida en “enfermedades”, por medio de campañas eficaces, con el fin de que se genere la demanda social que solicite la prescripción de un medicamento para cosas que, en realidad, no son enfermedades. Hasta ese punto llegan a presionar, “las casas productoras de

⁸⁴¹ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 447

medicamentos”, como Laín las denomina (174). Ya hemos señalado esto a lo largo de nuestro estudio.

3.16.4.4 Sanidad para todos. La socialización de la asistencia y los orígenes de la misma.

Ya en el primer abordaje que Laín hace de este tema, en su Historia y Teoría de la Relación Médico – Enfermo, se hace eco de un fenómeno sin parangón que está teniendo lugar a lo largo del siglo XX, mientras él escribe su trabajo. A finales de los 90, cuatro años antes de morir, Laín escribía que la socialización de la actividad médica es ineludible e irreversible, aunque traería como consecuencia esa masificación que se opone a la consecución del relato patográfico como es debido (366). En efecto, esta socialización parece muy consolidada, aunque no está exenta de profundos debates a día de hoy, especialmente en el desarrollo de la actividad, con las consabidas tensiones entre derecho a asistencia universal y escasez de recursos. En palabras textuales suyas, “La socialización de la medicina es la novedad más importante, voluminosa y controvertida que el arte de curar ha conocido en el último siglo”,⁸⁴² hasta el punto de que se constata el intento, que Laín denomina planetario, de pretender una ordenación más o menos socializada de la asistencia médica. Para llegar a este punto, ello ha jugado un papel determinante lo que el propio Laín llama la *rebelión del sujeto* en el escenario clínico y en el escenario social. Primero, y aunque nos pueda parecer chocante a día de hoy, ha sido necesario introducir en su totalidad al sujeto, al enfermo. A lo largo de décadas, los pacientes habían sido poco más que objetos portadores de patologías a las que había que dar un diagnóstico y un tratamiento. Esto, en el ámbito clínico, fue generando una *cosificación* del paciente, que debía aceptar sumisamente un rol paternalista y directivo por parte del médico. Este concepto de *introducción del sujeto*, Laín lo reconoce en von Weizsäcker, para quien éste era el rasgo más característico de la medicina del siglo XX. Paradigma de esto será Freud, quien, es uno de los pioneros en tener en cuenta al paciente, según Laín, porque no sólo ve en el paciente un conjunto de signos y síntomas a los que hay que aprehender, como si fueran meras piezas de un sofisticado puzzle diagnóstico que el profesional ha de elaborar, con el fin de la consecución del tratamiento. Esto, con ser importante, no lo es todo, y mucho menos en el marco de una relación médico-paciente. Precisamente fue Freud, quien tras el desencuentro con Charcot, atiende con interés científico al propio relato del paciente, extrayendo las claves terapéuticas acordes con sus teorías psicodinámicas. De hecho, Laín ve el psicoanálisis como

⁸⁴² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 487

un suceso social, ya que la “persona del enfermo” cobra protagonismo, llevando la relación médico – paciente a un plano más intimista “personalización intimista” –dice él- en la que tiene lugar todo el conjunto de confidencias y coejecuciones. Además, el psicoanálisis puso en evidencia todo el neuroticismo latente, que, en parte, tiene su génesis en el malestar del individuo frente a la sociedad que le rodea.

En cualquier caso, tenemos ante nosotros una relación clínica distinta, una “personalización social” de la relación médica.⁸⁴³ De modo que tenemos al sujeto introducido, pero esto no basta en la génesis de lo que ha derivado en la socialización asistencial. Pero Laín nos aporta una novedad: no ve al sujeto colocado meramente en la escena, sino en un franco proceso de rebelión ante dicha cosificación. Y esto, en lo referente al ámbito clínico.

Además, hay otro factor de carácter social muy importante, posiblemente decisivo, motor de esta rebelión. Nos referimos al escándalo histórico que supone para cualquier generación ofrecer una medicina muy distinta para ricos y pobres. Todo esto va fraguando hasta que empieza a verse que, casi en todos los países, ya en los años 60 en los que nuestro autor escribe, hay algún tipo de cobertura social para la asistencia médica. Con todo, en esa época sigue siendo un problema acuciante, y aunque Laín nos recuerda la existencia de los Seguros de Enfermedad, apunta al problema económico que se puede plantear a muchas personas de clase media si enferman. La Ley General de Sanidad de pocos años después comenzaría a poner un marco diferente, hasta la formación de nuestro actual Sistema Nacional de Salud, décadas más tarde.

Los inicios de la socialización de la asistencia médica, los ve Laín, por un lado, mirando a la Rusia zarista (1864), con su sistema *zemstvo*, que procuró asistencia médica a los siervos liberados y que jugó un importante e influyente papel en el desarrollo de la asistencia rusa posterior, y por otro, al caso de la Alemania de Bismarck (1883), y sus *Krankenkassen*, siendo en esta última donde se pudo llevar a cabo, gracias a la influencia de la mencionada “rebelión del sujeto”, en su faceta social, por la presión sindical.⁸⁴⁴⁻⁸⁴⁵ Se otorga también un papel a Rudolf Virchow, a quien nuestro profesor eleva a la categoría de “eminente rector del pensamiento médico europeo”, quien había preconizado el importante papel social de los médicos. En su estudio *Métodos científicos y puntos de vista terapéuticos*, Virchow apunta que “en cuanto la medicina es concebida como antropología y en tanto que los intereses de los

⁸⁴³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 474

⁸⁴⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 450

⁸⁴⁵ Laín Entralgo P. *La medicina actual ...*pág. 104

privilegiados no son los que determinan el curso de los eventos públicos, los fisiólogos y los médicos prácticos deben figurar entre los más dignos de los hombres que soportan la estructura social. La medicina es una ciencia social... Este es pues, el punto de partida para las reflexiones lainianas sobre la socialización. Para el Laín de los 60, la relación médica en ese contexto, está en crisis. En su Antropología posterior, sencillamente la socialización de esta asistencia es ya una realidad asentada. No sólo asentada, nos dirá Laín, sino justificada, sea cual sea la modalidad del seguro existente. De hecho, en 1974, Laín cita al norteamericano George Rosen, por entonces figura en la historiografía de los problemas médico – sociales, quien escribió, a propósito de la creación del *National Health Service*: “que una sociedad industrializada haya conseguido organizar todos los recursos médicos hoy existentes, de una manera democrática, para beneficio de toda la población, es un hito histórico en la evolución de las tareas sanitarias colectivas” En España, las cosas iban a otro ritmo por aquel entonces y Laín nos dice todo esto en la época en la que aún estaba vigente el Seguro Obligatorio de Enfermedad, constituido desde 1942 , con una cobertura de riesgos sanitarios parcial. De hecho, cuando Laín publica su Antropología, en 1984, aún habrían de pasar dos años más antes de que la Ley General de Sanidad viera la luz, formándose el Sistema Nacional de Salud. Como Laín señala, en España todo esto se empieza a hacer con un retraso histórico, en palabras suyas, “siguiendo la ley general de nuestra incorporación a la vida moderna”. Pues veinte años antes, Laín subrayaba que una socialización de la asistencia no se puede hacer de cualquier manera, sino que, para que sea adecuada, se requiere a) una suficiencia económica, b) capacidad técnica, que incluya una mentalidad racionalizadora y racionalizada y c) formación moral, en la que todos los agentes estén muy pendientes de los deberes que les corresponden.

Con su característico afán analizador, Laín disgrega esta socialización atendiendo a las partes implicadas en la relación médico – paciente.

3.16.4.4.1 Socialización del enfermo.

En los 60, Laín apunta los rasgos que ve en esta propia socialización del enfermo, ya que hasta en la forma de la elaboración del “juicio” clínico, hay un condicionante social. Los clínicos no expresamos las mismas verdades de manera idéntica, dependiendo a quién se dirija nuestro “juicio clínico”, como si hubiese una socialización diagnóstica, y no sólo diagnóstica, nos dirá Laín, sino también terapéutica en ocasiones, ya que en varias terapias se puede requerir la

interacción social, como en las terapias de grupo, rehabilitaciones colectivas.⁸⁴⁶ Es decir: la condición social del hombre es tomada plenamente en cuenta ante el tratamiento ofrecido. De hecho, hay una socialización de objetivos y recursos de las terapéuticas, incluso el “alta” hospitalaria de un paciente tiene un marcado matiz social, como una especie de carta de reintegración al engranaje social en la medida en que el proceso lo permite. Además, el hospital es un auténtico entramado social de terapias y recursos, como si fuese un “enorme y complejo medicamento”,⁸⁴⁷ que, como todo medicamento, no está exento de efectos secundarios. En el análisis que Laín hace años después, con la socialización ya más establecida, ve un cambio en la actitud del enfermo, quien se ha ido mentalizando a que la asistencia sanitaria, cuando esta es requerida, es más bien un derecho, incluso ante las enfermedades más banales y, a veces, un derecho extramédico que puede dar lugar a una indemnización social por causa de esta enfermedad. Laín da la razón al enfermo en este caso.⁸⁴⁸

3.16.4.4.2 Socialización del médico.

La evolución y el avance científicos, de cuya mano va la medicina, implican el nacimiento de nuevas especialidades y subespecialidades, que hacen mucho más compleja la relación asistencial. Laín consigna ya en los 60 la complejidad del ejercicio de la misma, dando por hecho que una de sus características es el trabajo en equipo. Desde luego que médico y paciente no están solos en una isla desierta, pero es que tan poco el médico lo está, aunque físicamente sí lo esté en su consulta. No se formó solo, no camina solo, y, máxime una vez generalizada la generalización de la asistencia, no trabaja solo. Todo un reto para la mentalidad de corte individualista predominante en los programas universitarios, donde en general cada cual se dedica a enseñar su parcela y defender los límites de la misma, lo que va cuajando en el alumnado. Esto, en lo que se refiere al trabajo en equipo. Pero es que, además, la socialización de la asistencia sanitaria va a poner sobre la mesa una figura siempre controvertida para muchos: la figura del funcionario. El médico que trabaja en este entorno, tendrá que adquirir, en palabras de Laín, “moral de funcionario”. A esto dedica unas líneas en sus reflexiones de los años 80. Deja bien claro que hay una manera de ejercer el funcionariado que es noble y excelsa, según él, cuando se hace “con exigencia y con sentido *hegeliano*”. Pero no nos matiza

⁸⁴⁶ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 475

⁸⁴⁷ *Op.cit.* Pág. 476

⁸⁴⁸ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 451

más, cosa que nos extraña en un discípulo del maestro Zubiri, uno de los pocos que ha explicado a Hegel. Y es que al traer a este filósofo a escena, echamos de menos que el Laín amante de la filosofía nos aclare a qué se refiere. No es el objeto de este estudio meternos en harinas filosóficas y menos, hegelianas, ya que muchos expertos coinciden en la enorme dificultad para interpretar la obra de este filósofo. No obstante, no se nos escapa que para algunos estudiosos, Hegel fue un filósofo sometido al *establishment* y que un tema problemático en Hegel es la denominación del espíritu objetivo aplicado al Estado⁸⁴⁹ (109). Hay que destacar, en particular, su teoría sobre el bien común, que tiene total primacía sobre el individual, viendo en el Estado la realización concreta de la idea moral. El Estado es, por tanto, un fin en sí mismo, no un medio para servir a los ciudadanos, abriendo la puerta al predominio de la razón de Estado. No es de extrañar que Hegel desarrollara durante trece años, en Berlín, una gran actividad cultural, llegando a ser su filosofía la filosofía actual del Estado prusiano (428). Hegel se encuentra en una sociedad fuertemente estamental y en un Estado totalitario. En el terreno práctico y político, una consecuencia de gran importancia se deriva del idealismo alemán: la aparición del socialismo totalitario⁸⁵⁰ (108), ya que al suprimirse la visión individualista y empírica, se impone la consideración del espíritu universal como realidad primaria y creadora, pasando en política a considerar al Estado, no como un acuerdo o convención entre los distintos individuos, sino como una realidad primaria. De todos es conocida la derivación marxista, insospechada para el conservador Hegel.⁸⁵¹ Para Hegel, el Estado es la forma plena del espíritu objetivo, y, en palabras de Julián Marías, es el primero en hacer una ontología del mismo, con jerarquía superior, aunque ningún Estado en concreto realice plenamente “la idea del Estado”. ¿A esto se refería Laín con el *espíritu hegeliano*? Evidentemente, tendremos que casar estos conceptos con el hecho de que el derecho, para Hegel, se funda en la idea de persona, un ente racional con voluntad libre⁸⁵² (109), siendo el hombre un fin en sí mismo, con lo que respiramos aliviados.

Decir, pues que la manera noble y excelsa de ejercer el funcionariado es con exigencia y sentido hegeliano, sin más matices, nos deja a nosotros la necesidad de buscar en otras páginas de Laín lo que quiso decir. Sin duda, cuando recordamos su señalamiento del peligro de la

⁸⁴⁹ Marías, J. *Historia de la Filosofía...* pág. 303

⁸⁵⁰ Gamba R. *Historia Sencilla de la Filosofía...* pág. 241

⁸⁵¹ *Op.cit.* pág. 242

⁸⁵² Marías, J. *Historia de la Filosofía...* pág. 302

camaradería médica, que tiene como fin el bien superior del Estado, viendo cómo nuestro autor subraya la importancia de la persona como fin en sí mismo, nos quedamos con la primacía de la persona en su quehacer y con una vocación moral que distingue entre gestión y posesión.

Laín señala otro riesgo que el funcionario tiene, y aquí Laín vuelve a ser clarividente. Se trata de que el médico sea considerado como un mero dispensador de técnicas. Señalamos la vigencia de esto, máxime cuando pocos años después de escribir estas palabras, surgiría en España el mencionado Sistema de Salud, sostenido con los impuestos de todos. Si a esto le añadimos el justo incremento de la mentalidad del derecho del paciente a la mejor atención posible, junto con -y esto sí es peligroso- con la mentalidad consumista en alza, tenemos todo lo necesario para que un paciente se presente en una consulta pública exigiendo que se le hagan todo tipo de pruebas diagnósticas y terapéuticas a las que cree tiene derecho, planteando, por cierto, un nuevo reto a la ruta nunca inacabada de la relación del médico con su paciente, ya que sólo desde la confianza entre ambos y el conocimiento claro de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas, se puede explicar al paciente cómo caminar con una racionalización saludable de recursos.

Laín ya nos avisa en los 80, para señalar que es como si las propias técnicas se hiciesen autónomas, esperando que tan sólo un funcionario autorizado las despache, como si se tratara de un objeto más a consumir. Marañón había señalado en 1925 el peligro de que un médico se convierta tan sólo en “un burócrata que propone, casi mecánicamente, sus recetas”. Desde luego, en el modelo aún vigente en los años 80, al menos el médico generalista contaba con un déficit estructural de enorme peligro. Recordamos de nuevo la entonces vigente medicina de cupo, según la cual en dos horas el profesional tendría que hacerse cargo de atender a docenas de pacientes. Casi imposible hacer algo más que no sea ser un mero dispensador de recetas, seguramente muchas de ellas injustificadas. No se puede construir una buena relación clínica en ese escenario.

3.16.4.5 La relación entre el enfermo y el médico.

Para Laín está claro. En los 80 nos subraya que se ofrecen posibilidades nuevas y problemas inéditos.

Tres tipos de problemas son los que Laín ve, de cara a que los avances sociales se manifiesten también como avances técnicos, el primero de los cuales, es el de **la libertad de**

elección de médico. Ante lo ideal de promover la libre elección de médico, la realidad de que puede haber lo que Laín denomina una “iatrogenia positiva” sin libre elección, como es el caso de la atención a las demandas urgentes, y que es obvio que se puede terminar por tener una *amistad médica* en términos lainianos, aunque la relación haya empezado sin que el paciente elija a su médico. Al final, Laín reconoce que, con buena voluntad del médico, y con suficiencia técnica y funcional de la organización asistencial, puede tener lugar una asistencia adecuada.⁸⁵³ Es necesario reconocer la importancia de tener esta posibilidad de libre elección, que, en la mayoría de los casos, va a facilitar que existan la dosis de confianza y compromiso necesarios para la construcción de una amistad médica correcta, horizonte al que siempre hay que caminar. Es necesario tener las debidas precauciones en cuanto este tema entra en la agenda política, ya que un uso electoralista podría minar desde las bases lo que en realidad se persigue. Laín, en este sentido, situaba la libre elección como un elemento afectivo a tener en cuenta.

Curiosamente, se han esgrimido en ocasiones, a favor de esta propuesta, elementos que podrían ser perjudiciales: por un lado, que el paciente elija sin dar más explicaciones, en momentos en los que conviven modelos consumistas en la relación clínica con otros modelos más saludables. ¿Cuál es la razón por la que un paciente busca a un médico? No nos olvidemos de que, en ocasiones, la entrada y salida fácil de un médico a otro, puede tener su origen en motivos muy banales, por la negativa a que el médico acceda a ciertas demandas de técnicas, derivaciones, prescripciones, etc., dificultando la correcta atención médica que el paciente requiere y cronificando la mentalidad consumista. Desde luego que es un reto profesional el construir puentes entre las expectativas del paciente y las del médico, pero esta mentalidad consumista va a dificultar la correcta relación. Si, por otro lado, al médico se le pretende incentivar económicamente cuantos más pacientes tenga, puede que el *ego cupiens*, en términos lainianos, se alimente y entonces tengamos los ingredientes para una relación médico – paciente inadecuada.

3.16.4.6 Dinero y tiempo: los recursos necesarios

Para que pueda tener lugar esa suficiencia técnica y funcional en la organización, es necesario que estén sobre la mesa los recursos suficientes, tanto estructurales como de tiempo. Por eso, éste es otro de los problemas que van a afectar a la relación clínica. Por un lado, el dinero hace falta para que una buena asistencia social se lleve a cabo de manera

⁸⁵³ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 452

efectiva y, lógicamente ha de ser bien gestionado. Desde luego, décadas después de que lo escribiera, sigue siendo un tema motivo de debates encendidos. Al fin y al cabo, la asistencia sanitaria es la forma social en la que se ejerce la medicina, y como dice Baca Baldomero, esa “forma social” es, en definitiva, una decisión política (429).

El debate sociopolítico está en ebullición, y de alguna manera estará siempre presente, ya que, por un lado, son varias las voces que reclaman que los costes sanitarios supongan una menor carga al erario público, proponiendo recortar servicios públicos, mientras otras se alzan recordando el peligro de que la medicina pueda ser objeto de lucro. El tema es especialmente sensible en tiempos de crisis económica y, sin duda, aun lo que está bien es mejorable, de modo que el sistema sanitario español necesita reformas cuyo alcance escape al propósito de este estudio, aunque muchos de los énfasis de Laín en trabajar unánimemente con los distintos, en su preocupación por España, sin duda pueden aportar mucho, ya que unos de los problemas de nuestro sistema, es sin duda, la falta de visión de futuro y de voluntad política de largo alcance (429).

Además de los recursos materiales, Laín señala el problema que puede suponer la escasez del tiempo dedicado al paciente, en el ejercicio de la medicina en un modelo socializado. ¿Cómo delimitar adecuadamente el conflicto que puede suponer el tener que “atender a toda la población”, con “atender adecuadamente a cada cual”? En todos estos temas, Laín muestra planteamientos que se solapan a lo largo de su obra. Ya desde los años 60 se da cuenta de que la asistencia sanitaria no es satisfactoria, porque hay poco tiempo para el enfermo y, en palabras textuales suyas, “no parece justo convertir al médico en un pequeño héroe cotidiano de la amistad con el enfermo”. Laín mira a la entonces Unión Soviética, fijándose en que el límite de tiempo de consulta es de diez minutos por paciente, lo que ya considera un espacio escaso para la atención. En este sentido Laín vuelve a ser clarividente, aunque se nota su ausencia de la clínica práctica. En su momento, la asistencia, especialmente en el ámbito de la atención primaria, se planteó en los modelos de cupo tradicional, ya mencionados, situación que cambia con la instauración de las primeras promociones de una nueva especialidad en España, en los albores de los años ochenta: la Medicina Familiar y Comunitaria, siguiendo la especialidad ya creada en los sesenta en Estados Unidos, e instaurando en España, un modelo que miraba al entonces excelente *National Health System* británico. Es curioso comprobar que Laín no mencione esta especialidad que, sin duda, marca un hito en el intento de que la asistencia sanitaria se convierta en universal, con personal sanitario más dedicado a ocupar las horas que una asistencia digna se merece, dando

continuidad a la atención al paciente, de modo que en ocasiones pueden ser los diez minutos lo necesario, y en otras, más. Por otro lado, es interesante comprobar cómo todo este debate ha promovido iniciativas de especialistas en Atención Primaria quienes, desde hace años, son un altavoz en una demanda de muchos: la de tener, al menos, diez minutos por consulta, dando lugar a la formación de la Plataforma Diez Minutos . No deja de señalarnos Laín que no solo es una cuestión de tiempo y dinero, ya que es importante que a la vista de todos estos retos, haya el estímulo adecuado para el profesional, así como una adecuada formación social del médico.

Por último, nos recuerda que un sistema público de salud no va a funcionar bien si no hay un **compromiso moral** por parte de todos los actores, en el que se tanga claro que el ejercicio de la medicina exige siempre una entrega esforzada de quien trabaja en ella. Esta es la servidumbre moral de quien lo practica, nos recuerda Laín.

Al escribir esas líneas, Laín ha visto ya el auge del socialismo en el gobierno, hito histórico en la España de la transición. Plantea sus dudas sobre cómo va a sufragarse todo esto, pero sigue poniendo sobre la mesa la necesidad de que perdure un modelo en el que, en definitiva, la amistad médica sea posible.

3.16.5 El momento ético-religioso

No cabe duda de que en, las últimas décadas, la ética médica está en el punto de mira en la comunidad científica y profesional. El consenso social nos lleva a considerar que la técnica y la evidencia científica no bastan por sí mismas para garantizar la prevención contra lo que podríamos llamar el abuso científico (430). La historia, por desgracia, es a veces una mala maestra y buen testigo de lo que no se debe hacer y que, sin embargo, se ha hecho. En mente de todos están algunas de las atrocidades que tuvieron lugar, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, como el comportamiento de los médicos nazis, el uso de la psiquiatría en el régimen soviético, o el penoso estudio observacional de la evolución natural de la sífilis, llevado a cabo entre 1932 y 1972, en la población de Tuskegee, Alabama (EE.UU.), privando a los pacientes del tratamiento eficaz de su enfermedad con tal de ver su evolución natural, dejando en el camino una penosa estela de muertes, contagios y sospechas sobre el quehacer médico. De ahí que surgiera el Informe Belmont (1979), uno de los muchos que han ido apareciendo para llevar a cabo una adecuada ética aplicada a los asuntos de la vida y la medicina: la bioética.

Ethos, para los griegos, era el estudio de las costumbres o hábitos de vida de los seres humanos (431). Diego Gracia, discípulo de Laín y uno de los expertos en este país en ética

médica, nos recuerda que la filosofía griega es la que ha dado sentido técnico al término, dividiendo dichas costumbre y hábitos en dos tipos, unos positivos o virtudes y otros negativos o vicios. Posteriormente, el término “ética” ha venido a significar el estudio filosófico de los juicios morales, desarrollando más los problemas de fundamentación y coherencia lógica que las cuestiones de contenido⁸⁵⁴ (432).

Laín, desde sus inquietudes filosóficas, busca estructurar conceptualmente la realidad. Ya ha ido poniendo ante nosotros diferentes aspectos del modo de ejercer la medicina y aún de la propia relación entre clínico y paciente, en los que se ven formas y fondos éticamente más afortunados que otros. No nos olvidamos de que él mismo ya nos ha dicho que en el encuentro clínico, todos los momentos se solapan. El afectivo, el cognoscitivo, el operativo, el social, el ético... todo ocurre a la vez, a veces en un conglomerado dado en unos minutos de encuentro interhumano. Es tan sólo atendiendo a motivos pedagógicos por lo que se disgregan los conceptos para un mejor análisis.

Nuestro autor desglosa en concreto lo que en los años 60 denomina “momento ético religioso”, al que llama “el costado ético de la vinculación entre el médico y el enfermo”.⁸⁵⁵ De entrada, ya nos llama la atención cómo en ese momento, hay una mezcla de conceptos: lo ético, lo moral, lo religioso, todo en el mismo cajón. Entralgo, como es frecuente en él, apela a Zubiri y a Aranguren, para recordarnos que la realidad misma del hombre es constitutivamente moral.⁸⁵⁶ La actividad del médico, nos propone Laín, tiene una ineludible condición moral, ya sea, como él señala, condicionada por la “piedad fisiológica de Grecia, la moral supramundana del cristianismo” o lo que él denomina “la religiosidad del hombre moderno secularizado.” Los actos éticos que le son propios son consignados por Laín. En primer lugar, la aceptación personal de la tendencia a la ayuda al enfermo. Aunque no no siempre se mueven en planos ideales, por lo que nos recuerda la posibilidad de ambivalencia en el médico. No siempre es “agradable” acercarse al enfermo. Pero esto lo ha de resolver el médico acercándose, que no es otra cosa sino dar asistencia (*ad-sistentia*). No dice nada de la obligatoriedad recogida ya por ley, lo que sería posterior. En segundo lugar, por obvio que parezca, esta decisión ha de llevarnos a pasar a la acción y en tercer lugar, no basta con actuar: hay que hacerlo de modo

⁸⁵⁴ Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastella; 2004. Pág. 342

⁸⁵⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 443

⁸⁵⁶ *Op.cit.* Pág. 443

diligente.⁸⁵⁷ La diligencia como herramienta de trabajo siempre necesaria. Por algo nos dirá Borrell que “la mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza”,⁸⁵⁸ como punto de partido para el inacabable camino de mejorar en el quehacer clínico, previniendo lo que en ocasiones se ve: la repetición de errores durante años, la *fosilización de conductas*, en palabras del clínico y docente catalán.

Volviendo a Laín, en el habitual ejercicio de la medicina se da por hecho que hay una constitución moral, que él, en términos generales resume en varios aspectos.

1) La aceptación personal de la condición de médico, que para Laín implica la aceptación de una especie de segunda naturaleza, todo ese conjunto de hábitos mentales, operativos y estimativos necesarios para un ejercicio decoroso de la medicina.

2) La acogida amistosa del paciente sería el segundo aspecto, al que ha dedicado bastantes páginas, tanto en el momento operativo, como en el cognoscitivo y, especialmente, en el afectivo.

3) Las exploraciones terapéuticas y técnicas, en tercer lugar, han de llevarse a cabo adecuadamente.

4) Por último, en la fijación de los honorarios, el médico no debe abusar.

Si Zubiri y Aranguren han hecho célebre la distinción entre estructura y contenido de la vida moral⁸⁵⁹ (433), también la relación médica, nos dice Laín, posee una estructura y un contenido de carácter ético, como toda acción humana. Insiste en que “ser médico ...es también inexorablemente, realizar de manera moral o inmoral la relación interhumana de que el diagnóstico, el tratamiento y la vinculación afectiva son expresión y consecuencia” Laín nos recuerda que, en su opinión, el mismo hecho de estar enfermo, en el que toda la persona se percata y afecta por la enfermedad (él dice estar “personalmente” enfermo) es por sí mismo un acto moral, porque se vive la enfermedad de uno u otro modo. En cualquier caso, todo esto lleva a Laín a subrayar cuáles son, a su modo de ver, los deberes respectivos.

⁸⁵⁷ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 445

⁸⁵⁸ Borrell-Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas...* pág. 283

⁸⁵⁹ Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica. 2ª ed...* Pág. 2

3.16.5.1 Los deberes del médico.

Como fundamento de la vinculación afectiva, diagnóstica y terapéutica, allá en la raíz de todo esto, según Laín y en línea con el pensamiento de todas las épocas ha de estar la búsqueda del máximo bien del paciente, cosa que él, teorizador por excelencia y vocación, reconoce más fácil de formular que ejecutar, por mucho que se tenga presente el término equilibrado de la virtud aristotélica.⁸⁶⁰ No es ajeno a los posibles puntos de conflicto que esta máxima puede conllevar, de modo que Laín hace lo que él mismo llama “*una sumaria excursión por los campos conflictivos de la ética médica*”.⁸⁶¹

3.16.5.2 Enfermo *versus* sociedad.

Para empezar, entre la persona enferma y la sociedad, hay que reconocer que esta última, en ocasiones, junto con el Estado, se ha convertido en exigente empresario del enfermo. No deja de llamarnos la atención que, en realidad, Laín se está adelantando a la formulación que años después harían Beauchamp y Childress, en 1979 en su enumeración de los principios clásicos de la ética. En este caso, planteando el conflicto que a veces surge entre *beneficiencia*, esa obligación de hacer el bien sin vulnerar la voluntad de la persona y *justicia* el principio bioético que persigue la distribución equitativa e imparcial de los recursos, sin discriminación ni marginación. En caso de conflicto, nos dicen los expertos en bioética, prevalecería el que favorezca a la mayoría.

Volviendo a sus términos, Laín se hace eco de que la persona enferma puede entrar en un conflicto con la sociedad, quien de entrada le comprende y pretende ayudar, pero que, a la vez, juega un papel exigente en el hecho de que el paciente ponga todo lo que está en su mano para su recuperación y su plena reinserción social si esto es posible. Laín alerta frente al abuso de la maquinaria estatal sobre la consideración del enfermo. Nos recuerda que el propio Platón defendía que se dejara morir a quien no se puede curar, y apenas veinte años antes de que Laín escribiera sus reflexiones al respecto, había sido vencido el llamado Tercer Reich, con sus programas de eutanasia activa nazi, que, por cierto, había comenzado en la Alemania de los años 30. Laín es consciente de que otras encrucijadas no tan extremas y mucho más frecuentes,

⁸⁶⁰ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 433

⁸⁶¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 452

pueden tener lugar en el viaje que médico y paciente hacen juntos hasta la salud como destino y es sucinto en la enumeración de los posibles problemas, dejándonos más con preguntas que con respuestas, si bien hay un tono retórico en alguna de ellas.⁸⁶² 863⁸⁶⁴

3.16.5.3 ¿Enfermedades ... o personas enfermas?

Para Laín, otro de los problemas que puede surgir tiene que ver con el equilibrio en la consideración del paciente que tenemos delante. ¿Cómo repartir la atención entre lo que él llama “la objetividad somática” y “la subjetividad anímica” del paciente? Si en la mayoría de los procesos, nos dice, hay que atender a lo somático, no es menos cierto que en la neurosis será la psicoterapia un elemento imprescindible. Es más: para Entralgo, si la negligencia o la prisa (en realidad están siempre muy relacionadas) hacen que nos olvidemos de la oferta psicoterapéutica, el error puede ser tan grave como el de no explorar unos reflejos pupilares cuando esto es menester. Es interesante que Laín lleve al terreno del “campo conflictivo” decidir qué voy a tener más en cuenta ante mi paciente enfermo: si el *soma* o la *psyqué*. Laín mantiene los mismos términos tanto en los años sesenta como a mediados de los ochenta, en los que publica su Antropología. En términos más actuales, en el fondo equivalentes, se trataría de elegir si consideramos el abordaje del enfermo y su patología desde un punto de vista más biologicista o si damos, en palabras de Borrell, el salto biopsicosocial, entrando en el terreno de lo subjetivo, lo psicológico. Sigue estando claro que la consideración integral es la que la que posibilita un escenario en el que las personas, la del médico y la del paciente, se encuentren con efectividad terapéutica. Hoy en día es posible que no sea tanto una cuestión de conflicto ético, porque todo médico sabe que la persona del paciente ha de considerarse con integridad, para una adecuada atención. Sin embargo, sigue siendo un campo de batalla, sobre todo con la pereza o incapacidad del profesional para abordar el mundo subjetivo del paciente. Tras el desarrollo de las especialidades, que no estaban en auge en la época de Laín, parece que la psicoterapia que él propone quedaría encomendada a los expertos en salud mental. Sin embargo, allá donde la relación médico paciente tiene continuidad, sea en el nivel que sea, llegando a esa relación cuasi diádica, en términos lainianos, debe darse la consideración integral, el salto biopsicosocial. Especialidades en lo general y lo humano, como ocurre en

⁸⁶² Laín Entralgo P. *El médico y el enfermo...* pág. 186

⁸⁶³ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 448

⁸⁶⁴ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 433

campos como el de la atención primaria (no solo), son plataformas excelentes para el desarrollo de esta habilidad por parte del médico, que nunca se deja de aprender y de afilar. Prueba del interés que esto ha suscitado en las últimas décadas, es la cantidad de publicaciones al respecto.

3.16.5.4 ¿Qué le debe decir el médico al paciente?

En tercer lugar, para Laín, el desarrollo de este momento ético de la relación con el paciente conlleva siempre un conflicto que tiene que ver con el manejo de la información por parte del médico hacia su paciente. No se acaba el diagnóstico, nos dice, sin que tenga lugar un saber compartido. Pero ¿Cómo se administra y dosifica una información que no siempre es fácil de asimilar? Nuestro autor tiene en cuenta estas dos facetas: lo natural, por un lado, y lo personal por otro. La consideración del ámbito del bien natural es, en palabras suyas, la consecución de la salud. Ese es un factor que el profesor nos recuerda como importante. Pero además de tener en cuenta toda esta maquinaria natural de procesos biológicos sobre los que hay que actuar, el paciente es una persona, con sus creencias, lo que le llevará a entender de una manera o de otra el destino último de su existencia. Al mencionar explícitamente esta “ultimidad”, parece que Laín nos coloca ante el diagnóstico de enfermedades terminales, pero no lo especifica claramente. Dedicará posteriormente un capítulo en su Antropología a este tema. Seguramente a propósito, nos deja reflexiones sintéticas y de corte generalista, sin bajar al terreno pragmático, puesto que su vocación es teoretizante, como él recuerda de vez en cuando. O tal vez la ausencia de contacto constante con la clínica, hace que Laín no entre en el desarrollo de la amplia gama de matices que se despliegan ante el médico, cuando de informar a los pacientes se trata y de los no pocos dilemas éticos que suscita. Porque en el día a día, en la trinchera de la práctica clínica, y ante todo tipo de procesos, tanto agudos como crónicos, banales como más graves, se ha de gestionar la información a compartir adecuadamente, para completar eso que nos ha dicho: el saber sea compartido y el diagnóstico acabado. Otro asunto de mayor complejidad, objeto hoy en día de mucho interés, es el proceso de dar las malas noticias por parte del clínico. En cualquier caso, Laín nos aporta principios generales de vigencia incontestable. Aun sabiendo que siguen quedando cabos sueltos, su propuesta puede servir como brújula: el médico debe decir al paciente toda la verdad soportable. De hecho, él mismo termina las líneas dedicadas a esta reflexión con más preguntas que respuestas.

A día de hoy, para empezar, la legislación se ha hecho eco de las demandas sociales con respecto a este tema y tenemos, incluso recogido por ley, el derecho del paciente a no saber,⁸⁶⁵ con lo cual ya podríamos dar un mal paso si le damos al paciente la información que ha decidido querer ignorar. Es imprescindible la construcción de una mínima relación terapéutica para explorar todo esto con el paciente delante. Si el profesional no conoce a quien tiene delante, demasiado silencio puede ser percibido como un mal presagio, lo mismo que demasiada información puede equipararse erróneamente con gravedad, por lo que hay que estar seguros de que el paciente tiene la capacidad de entenderla, para lo que es imprescindible que el profesional la administre en términos cercanos y comprensibles. Eso, si sólo miramos al momento en el que médico y paciente están delante. Hay que tener en cuenta, en nuestro entorno cultural, el papel de la familia como co-gestora de todo este proceso. Hay que enfrentar la posible pereza por parte del profesional para ahondar en las posibles conspiraciones de silencio que se traman en ocasiones, y replantearlas cuando se ve que aíslan a unos de otros. Por otro lado, el entorno familiar, si es mínimamente saludable, es un aliado en el proceso informativo. Pero, como ya es habitual, el paciente entra en la consulta con toda una mochila de ideas que ha captado o creído captar en medio del enorme mar de información que hoy nos rodea. A golpe de *clic*, el paciente es posible que haya hecho sus rutas de navegación por el mundo virtual, conviviendo con las ideas más o menos cogidas al vuelo de la experiencias de unos y otros, y con sus lecturas de divulgación, habiéndose hecho ya una idea de cómo cree que son las cosas. Las más de las veces, el paciente acude con una cierta indigestión o confusión de posibilidades y le toca al profesional ser plenamente consciente de esta realidad, no sentirse necesariamente amenazado por ello, sino, sencillamente contar con que esto existe y, desde ahí, coger el timón del complejo barco de la información, con el permiso del paciente, y llevarlo al mejor puerto terapéutico posible. Volviendo a Laín, nos sorprende que su consejo sigue plenamente vigente como principio general. Desde que Laín escribiera sus reflexiones hasta ahora, este tema sigue siendo objeto de especial atención por parte de los clínicos, ya que es un momento que genera al propio profesional una ansiedad fácilmente entendible y en este trabajo hemos hecho consideraciones al respecto, al hilo de la obra de Marañón.

⁸⁶⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3.16.5.5 A la distancia adecuada.

En el proceso terapéutico seguramente harán falta valoraciones posteriores por parte del médico. En el momento en que Entalgo escribe esto, la socialización de la práctica médica no está tan generalizada como ahora, y parece que Laín pone el acento en los movimientos del propio médico. Hoy en día, tenemos que aplicarlo de modo bidireccional. Hay una distancia adecuada, entre la asiduidad de encuentros entre médico y paciente, entre ambas personas, que será la que dará a la relación una dimensión terapéutica, pero que no deja de conllevar dilemas éticos. El médico no se debe sólo a un enfermo, sino a muchos más, por lo que Laín, si lo dijéramos en los términos de moda actualmente, anima al médico a darle autonomía y responsabilidad al paciente. Cuántas veces observamos por parte de los pacientes una propuesta de delegación de responsabilidad hacia el profesional que es inadecuada. Se le pide al profesional parches para ir aliviando situaciones patogénicas en las que está claramente implicado el estilo de vida, corroborando el hallazgo de Lalonde, quien fue el primero en señalar que los estilos de vida son los primeros en originarlas. Rememoramos así a Sydenham. Ahí el médico y el equipo sanitario, si es que se trabaja de ese modo, está obligado a emplearse a fondo para una educación para la salud, el camino más largo, pero el más eficaz. Laín no entra en esos matices, pero sí advierte de que el enfermo ha de convertirse en un reconquistador de su salud, una vez ayudado por el médico, señalando explícitamente que se ha de cuidar de que la transferencia no sea viciosa.⁸⁶⁶ Es la amistad médica de la que ya nos ha hablado en tantas ocasiones.

3.16.5.6 ¿Se debe hacer todo lo que se puede hacer?

No todo lo que se puede hacer se debe hacer. En palabras actuales del genetista Collins: “Por naturaleza los científicos tienen hambre de explorar lo desconocido. Su sentido moral en general no está más o menos desarrollado que otros grupos y se ven inevitablemente afectados por un conflicto potencial de intereses que podría hacerles sentirse molestos ante límites impuestos por personas no científicas” (434). Este conflicto entre lo posible y lo adecuado, vigente siempre, es algo que se señala como otro de los campos de batalla constante. Hace falta, según Laín, una respuesta moral, no sólo técnica, ante todas las posibilidades que se nos

⁸⁶⁶ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 435

ofrecen, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. En una confesión con la que uno se puede identificar fácilmente, Laín llega a decir claramente que una de las gloriosas pesadumbres del progreso científico es que puede hacer mucho más de lo que debe.

3.16.5.7 Cuando las morales chocan.

¿Qué sucede cuándo la perspectiva moral del paciente es distinta, si no contrapuesta a la del paciente? A la lista que Laín enumeraba en los años 60, añade ésta a mediados de los 80.⁸⁶⁷ Es interesante situar las reflexiones de Laín en su contexto histórico y social. Seguramente, el desarrollo de la joven democracia española traía ya consigo el desarrollo de otros parámetros en la convención social, otras demandas ante las que los profesionales de la medicina habían de dar respuesta. Más en términos proféticos que resolutivos, Laín se limita en este breve párrafo a enumerar la eutanasia y el aborto como dos de los temas que serán un reto para la deontología. Así ha sido, confirmando la clarividencia lainiana.

3.16.5.8 Los ingresos del médico.

¿Cómo deben regularse los ingresos de un médico? En esa época es algo que Laín apunta que como motivo de conflicto. Muchas serán las ocasiones en las que la ayuda médica no se cobre, pero como norma general, es lógico pensar en que existan unos honorarios para quien ya se constituya “profesional, activo en la técnica social”.⁸⁶⁸ Ya ha reflexionado sobre esos *egos* que conviven en la persona del médico, el *adiuvans*, el *fungens*, el *sapiens* y el *cupiens*,; este último sería contra el que habría que estar prevenidos éticamente. Es justo que el médico cobre, con una decorosa moderación en la fijación de honorarios, y con flexibilidad según se den una serie de factores, como el nivel económico del paciente, la costumbre social, etc. Con todo, el profesional debe esforzarse por dejar claro que le mueve una genuina vocación médica, que, para Laín es también una razón de amor,⁸⁶⁹ atendiendo igual a quien pueda pagar o a quien no lo pueda hacer, preservando la dignidad de la profesión, cobrando con decorosa moderación. Estas preocupaciones responden a una de carácter generalizado que ha llevado desde hace años a regular honorarios especialmente en el campo de la

⁸⁶⁷ Laín Entralgo P. *Antropología Médica para clínicos...* pág. 435

⁸⁶⁸ *Op.cit.* pág. 436

⁸⁶⁹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág.451

medicina privada. La extensión de la atención en un sistema público ha contribuido a tener unos honorarios más homogeneizados, pero el dilema ético siempre estará vigente.

3.16.5.9 Deberes del médico

Hasta aquí, Laín ha esbozado lo que para él son los conflictos éticos. Pocas diferencias hay entre lo que ha planteado en los 60 y lo que pone ante nosotros una veintena de años después. Tan sólo ha añadido ese posible choque de moralidades, la del paciente con la del profesional. ¿Cómo resolver estos conflictos? De nuevo, principios generales:

1) Máxima competencia técnica. El médico debe hacer las cosas con la mayor capacidad técnica que es posible poner en marcha. Lo que Laín veía como deseable moralmente, hoy en día está plasmado en el Código Civil, estando vigente que al médico se le exija un contrato de medios, no siempre seguido de los resultados por todos deseados.

2) El principio de la obra bien hecha. No basta, para Laín, que la propia obra sea correcta técnicamente. Es, en esencia, un deber moral para el médico. Aquí Laín se apoya en Ortega y en Eugenio D'Ors, dos de sus maestros españoles. (El tercero de los tres que más influyeron en Laín, en palabras de Diego Gracia, es siempre Xavier Zubiri) Pone a disposición del lector la propia cita de Ortega, según la cual “la moral no es una performance suplementaria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en su propio quicio y vital eficacia” En cuanto a D'Ors, Laín señala que unos de los temas permanentes en la ética de este autor es el de la “obra bien hecha”. Es de destacar, por cierto, la teoría de Diego Gracia según la cual Laín leyó e interpretó a D'Ors de un modo muy peculiar, entendiendo la “catolicidad hispánica” de D'Ors en y desde la teoría de los valores de Max Sheller. Profundizar en ello se sale de los límites de este estudio.⁸⁷⁰

3) La autenticidad del bien. Laín llama “auténtico” a que el bien lo sea para el paciente. Hay que tener en cuenta las creencias del paciente y, en caso de conflicto con las propuestas médicas, habrán de ser definitivas aquellas. Es el esbozo de lo que posteriormente se llamará el principio de autonomía del paciente, consagrado hoy

⁸⁷⁰ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 158

también en nuestras leyes.⁸⁷¹ Laín resume, en los años ochenta los deberes del médico, comentando que ha de ser un médico celoso de su capacidad técnica, exigente respecto a la calidad de su asistencia y exquisitamente atento al bien de la persona que trata, será siempre, en el más genuino sentido del término, un médico moral. (370)

3.16.5.10 Deberes del paciente

¿Cuáles son los deberes del enfermo, por su parte? Lealtad, confianza y distancia. La lealtad para Laín es que el enfermo refiera al médico todo lo que crea relevante en lo concerniente a su enfermedad. Aunque aquí el autor nos habla de que el paciente ha de referirlo todo, aun lo que crea no importante, no es menos cierto que esta observación, tal vez nacida de la ausencia de contacto constante con los pacientes, debe ser complementada con el arte de la anamnesis, del que debe ser un maestro el clínico, como Laín nos ha comentado en el momento cognoscitivo. La confianza, debe traducirse en obediencia, porque, como decía Marañón, “el enfermo que no sabe ser paciente disminuye sus posibilidades de curarse”. Sigue habiendo muestras del modelo paternalista reinante en la época. No pierde ocasión Laín para señalar algo siempre vigente: *“nada más inconveniente e incorrecto que la veleidad del enfermo en la elección de médico.”* En estos tiempos de corte tan consumista en el uso de los recursos sanitarios, no está de más recordarlo. Por otro lado, una afectuosa distancia nos prevendrá de una transferencia inadecuada.

3.16.5.11 El cimiento religioso del edificio ético

Uno de los objetivos que Laín persigue es que, en la relación médico – enfermo se vaya más allá del mero naturalismo, del positivismo puro y duro, sin duda fundamento del saber científico, pero que puede ser una barrera en la consideración integral de la persona, a lo largo del proceso asistencial.

Por eso dedica unos párrafos en sus reflexiones de los años 60, para aclarar lo que él llama la delicada cuestión de la relación entre ética médica y religión. De hecho, en esta época Laín es muy explícito, ya de entrada, al titular el momento no sólo como ético, sino “ético-religioso”. Para Laín, esto es más obvio en ciertas encrucijadas terapéuticas, como en medio de los consejos que tienen lugar en la psicoterapia, donde siempre hay un trasfondo

⁸⁷¹ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 453

ideológico, por lo que se requiere una intervención muy cuidadosa por parte del profesional, ya que creencias tienen los dos: terapeuta y paciente. Laín hace lo que él mismo reconoce como un “sumarísimo apuntamiento histórico”. Siempre con la referencia de la aportación helénica, Laín señala la propuesta de Demócrito, según el cual los impulsos de la naturaleza (*physis*) no son verdaderamente humanos hasta que no se moldean, por así decirlo, con la convención social, la norma (*nomoi*), en lo que Laín denomina una función *fisiopoiética*. La ética, pues, según Laín, no es puramente fisiológica para los griegos. De ahí a Kant, para señalar que, de las propuestas del filósofo prusiano se deduce que los preceptos de la ética no surgen tampoco de la naturaleza de las cosas. Para nuestro profesor, hay una instancia trans-natural que, por supuesto afectará también la ética médica: las creencias religiosas, tanto las del médico como las del paciente, sean estas las que sean. Incluso el ateísmo es englobado por Laín en un conjunto de creencias. Hasta ahí lo deja en su aproximación al tema, sin entrar a fondo a valorar si hay alguna creencia capaz de envolver satisfactoriamente las instancias naturales y las sobrenaturales, remitiendo a pie de página a diversos autores coetáneos que también tocaron el tema de la ética médica, así como a publicaciones de corte católico.

3.16.5.12 El momento ético en su Antropología para Médicos.

En los años ochenta, Laín sigue sustentado en Zubiri y en Aranguren para señalar la constitución moral de la realidad humana, esta vez parándose un poco más en lo que Laín denomina la psicoorganicidad de nuestro ser en la toma de nuestras decisiones, y señalando a Ayala y a su propuesta de que es la evolución la que ha generado la capacidad de comportamiento ético como atributo de la constitución biológica humana.⁸⁷² No obstante, Laín señala que el salto cualitativo que transforma al hombre en un ser con un cerebro que se exige a sí mismo, según unos parámetros éticos, seguirá siendo el enigma antropológico-metafísico de la hominización.

En cuanto a la condición moral del acto médico, Laín dice lo mismo que había comentado en su obra de cinco lustros antes. Veinte años después, de entrada, no apellidará “religioso” este momento, dedicando un apartado explícitamente a la relación entre ética médica y religión. Laín da por hecho que el médico se planteará si hay un fundamento

⁸⁷² Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 429

trascendente sobre el que construir su deber moral. Seguirá apuntando, sin grandes cambios sustanciales con respecto a lo escrito cuatro lustros antes, que dicho fundamento va más allá del mero consenso social. Hay algo que está en la misma raíz, algo, por tanto, más radical: el conjunto de creencias de médico y paciente, lo que éstos piensan sobre la realidad y el sentido de la existencia; es decir, las creencias religiosas, sean estas de la índole que sean. Laín es consciente de que diciendo esto suscita muchos problemas.

En su Antropología, dedica algunos párrafos más, en letra pequeña de obligada lectura, a esbozar el fundamento común de todas las éticas médicas que se han formulado a lo largo de la historia. Echa mano de quien fuera su maestro, no solo *ex lectione* sino *ex auditu*⁸⁷³ : Xavier Zubiri, quien tendría sobre Laín dos influjos en especial: por un lado, la idea de “persona” y por otra, la de la “religación”, aportación de Zubiri a la cultura española y cuyo análisis hizo que el planteamiento del problema de Dios en filosofía fuera novedoso y cautivador para Laín.⁸⁷⁴ De la mano de su maestro, Laín nos recuerda que la instalación del hombre en su realidad cotidiana, es penúltima. Eso, hasta que tiene lugar en nuestra vida cualquier evento o situación que nos empuja a lo que podríamos considerar “último” de la vida, y plantearnos el sentido de la misma. Entonces es cuando somos plenamente conscientes del poder de la realidad y, ante ello, el hombre se sitúa sobre lo que es el fundamento de lo real. El hombre pasa de ser un “animal de estímulos” a un “animal de realidades”. Esto es la religación, según interpreta Laín a Zubiri. La realidad se me impone con toda su fuerza y esto, según nos recuerda Diego Gracia en su estudio sobre Zubiri, se actualiza en el hombre como “religación”, lo que sería la base de toda religiosidad y también como “obligación”, fundamento de toda moralidad. La religación no implica unos contenidos religiosos concretos (435). La creencia, la esperanza y el amor son, en palabras de Laín los hábitos psicológicos en los que vivimos nuestra realidad, constituyendo el fundamento antropológico y metafísico para plantear el problema suscitado de la *vera religione*. Queda claro, para Laín, que el acto médico es constitutivamente moral, que requiere un referente en quien lo ejecutan, tanto médico como paciente, y que, teniendo en todo esto en cuenta es como se podrán formular los códigos deontológicos que aspiren a tener arraigo social.⁸⁷⁵ Entralgo termina en 1984 este capítulo consignando la multiplicidad y gravedad de

⁸⁷³ Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo...* Pág. 177

⁸⁷⁴ *Op.cit.* Pág. 171

⁸⁷⁵ Laín Entralgo, P. *La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría...* Pág. 439

los problemas morales que se ya se han dado en la medicina de los ochenta. En “*el Médico y el Enfermo*”, no hay novedades sustanciales , tan solo presentadas de modo más resumido.

Laín nos ha propuesto un marco de actuación, unos principios generales, de sumo interés. Sus planteamientos, habida cuenta de que tienen lugar en la España de los años 60, se adelantan a señalar la importancia de la ética en la relación clínica o, en términos lainianos, *relación médico enfermo*. Apunta en una dirección que posteriormente se alinearía con todo el desarrollo posterior en el campo de la bioética viene a corroborar la importante dimensión del tema. No es nuestro objetivo meternos en el imprescindible mundo de la bioética, sino es para señalar algo que tenga que ver con la relación clínica y la obra de Laín, objeto de nuestro análisis. Sin embargo, considerando las aportaciones de Laín a esta relación, y el subrayado que hace de este momento ético que tiene lugar cuando médico y paciente se encuentran, conviene hacer algunas consideraciones, especialmente para señalar la aportación lainiana al debate ético de las décadas que vendrían. No hay que olvidar que el nacimiento de la bioética como tal se considera que tiene lugar en 1970⁸⁷⁶ y años antes es cuando tienen lugar las reflexiones de Laín a las que nos hemos referido. ¿Siguen vigentes hoy en día las propuestas del profesor, o ningún clínico se plantea en la relación terapéutica las cosas en los términos en los que los planteaba Laín? Para ello, siquiera someramente, hemos de adentrarnos en las diferentes estancias de la gran casa del debate bioético. Es Diego Gracia, uno de sus discípulos y pilar en la reflexión bioética española, quien en su libro *Principios de Decisión en Ética Clínica* expone los diferentes enfoques vigentes a día de hoy. Por un lado, el enfoque principialista, que arrasa el debate actual, en palabras de Gracia, “por la influencia inundatoria del pragmatismo norteamericano”,⁸⁷⁷ con un énfasis decisionista (“¿Qué debo hacer ante este caso?”), basado en los interesantes cuatro principios a los que llegaron Tom L. Beauchamp y James F. Childress en 1979 : autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. En el debate bioético, se trataría de llegar a una decisión que conjugue adecuadamente ambos.

Es curioso ver cómo Gracia se distancia de este enfoque desde en el prefacio a la segunda edición, por, en palabras suyas, “simplificar en exceso la riqueza de la realidad moral...” recordándonos el autor de que “...cada vez estoy más convencido de que el lenguaje ordinario de la ética no es el de los principios, ni tampoco el de los derechos, sino el de los

⁸⁷⁶ Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2ª ed... Pág. 25

⁸⁷⁷ *Op.cit.* Pág. 6

valores.”⁸⁷⁸ Al margen del enfoque principialista, Gracia pone ante el lector el procedimiento casuístico, la ética de la virtud y el método narrativo, el enfoque clínico y algunos procedimientos sincréticos. No es el objeto de este análisis pararse en ellos, sino, como decimos, ver su entronque con la obra de Laín. Desde luego, no vemos desarrollado como tal ningún principialismo en las reflexiones lainianas, lo que en un sentido se echa de menos cuando uno se dedica al ejercicio de la clínica, pero no cuando pensamos en la ética de la virtud, ya que ahí nos encontramos con que lo que Laín nos ha dicho, es mucho de lo que luego otros dirán. Algunos reconocerán su deuda explícitamente con él , como es el caso de James F. Drane, quien para exponer la ética de la virtud, acude a varios autores españoles, especialmente a José Luis Aranguren y Pedro Laín Entralgo. A partir de la obra de este último, tal y como nos lo recuerda Gracia, Dreane distingue en el médico una serie de seis dimensiones a las que corresponden otras tantas virtudes. Leamos a Gracia en la mención que hace de estas dimensiones:

“ ...la primera es la dimensión médica, propia de los actos diagnósticos y terapéuticos, a la que corresponde la virtud de la *benevolencia*. La segunda es la dimensión espiritual (la comunicación verbal entre el médico y el paciente), a la que corresponde la virtud de la *veracidad*. La tercera es la dimensión volitiva (la toma de decisiones por parte del médico y el paciente), a la que corresponde la virtud del *respeto*. La cuarta es la dimensión afectiva (los sentimientos respectivos del médico y el paciente), a la que corresponde la virtud de la *amistad*. La quinta es la dimensión social (la relación médico-enfermo como acto social y público), a la que corresponde la virtud de la *justicia*. Y la sexta y última es la dimensión religiosa (el médico en ciertas situaciones toma el papel de sacerdote) a la que corresponde la virtud de la *religiosidad*. ”⁸⁷⁹(436)

Para Drane, el buen médico se distingue del malo en que posee estas virtudes y sabe ponerlas en obra en su relación con el paciente.⁸⁸⁰ Como podemos ver, si bien en la obra de Laín no están presentes los énfasis decisionistas, nos encontramos con que , a lo largo de su

⁸⁷⁸ Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2ª ed... Pág. 7

⁸⁷⁹ *Op.cit.* Pág. 49

⁸⁸⁰ *Op.cit.* Pág. 50

obra, y, en concreto, en el objeto de nuestro estudio, han sido fundamentales sus aportaciones a la relación médico-paciente, extrañándonos de su escasa citación en los autores en boga en el tema de la relación clínica.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo partía de la premisa de que, actualmente, los estudios que abordan la relación clínica tienen un marcado y necesario énfasis empírico. Con todo, en algunas de las revisiones realizadas se echaba de menos la profundización en aspectos de índole más cualitativa. No sólo se trata del cómo hacer, sino que es necesario abundar en el “qué” y en el “hacia dónde”. En este sentido, la contribución de autores de la talla de Gregorio Marañón y Pedro Laín, a pesar del paso del tiempo, sigue ofreciendo un conjunto de ingredientes que pueden ser de suma importancia en la relación entre médico y paciente.

Gregorio Marañón representa una figura de autoridad indiscutida en nuestra historia, como auténtico promotor del humanismo médico y del ejercicio de una medicina antropocéntrica. Su personalidad poliédrica ha sido abundantemente estudiada, especialmente desde el punto de vista historiográfico. En nuestro caso, nuestra atención se ha centrado, únicamente, en los aspectos más directamente relacionados con los elementos que intervienen en la relación clínica, dejando a un lado el análisis de toda su enorme producción científica. En sus escritos, encontramos referencias a la cordialidad necesaria en el encuentro entre el médico y el paciente, así como a aspectos que tienen que ver de lleno con lo que hoy denominamos empatía, aunque él no utilizara este concepto. Escribió acerca de la necesidad de escuchar al paciente, enfatizando en la clínica la exploración física y la recogida de los antecedentes; todo ello contribuyendo a descubrir al ser humano que hay tras la enfermedad. Hizo hincapié en la necesidad de llevar a cabo una prescripción farmacológica prudente y mínima. Todos estos aspectos siguen demostrando su importancia si pretendemos que la relación clínica sea eficaz en términos de mejora de la salud de nuestros pacientes.

Su visión de la motivación vocacional del médico suponen un estímulo, plenamente vigente hoy en día, impregnado de optimismo. Muchas de sus ideas sobre la ética siguen estando vigentes. Su reticencia al dictado de normas deontológicas ha de ser valorada en su contexto histórico, muy distinto al que vivimos hoy, siendo el código deontológico actual un referente necesario y vinculante.

En la obra revisada, constatamos su visión integradora de la investigación y de la práctica clínica, predominando en él esta última faceta, que hizo que se definiera a sí mismo, sobre

todo, como médico y, además, con una visión generalizadora, combativa ante la súper-especialización que termina fragmentando la atención clínica y dificulta la visión global de la persona del paciente, camino hacia el que hoy nos volvemos a dirigir con el desarrollo de la troncalidad en la formación de los especialistas. Aun siendo el fundador de la endocrinología en España, se ubicó en el ámbito de la medicina general, desde donde se puede llevar a cabo una visión amplia y pedagógica, constituyendo para él una manera imprescindible de entender la medicina. Su propia trayectoria como médico en ejercicio, habiendo visto a lo largo de su vida a miles de pacientes, hace que sus reflexiones tengan especial interés para el médico que ejerce.

Su énfasis en que el motor de la investigación no sea otro que la búsqueda de la verdad, procurando no caer en una inflación de publicaciones innecesarias por reiteradas, nos sigue pareciendo pertinente.

Observamos que, en su día, dio mucha importancia a no caer en lo que él denominó científicismo, señalando que el avance científico y tecnológico conlleva el riesgo de deshumanizar la medicina, que debe tener como objetivo el alivio del paciente. Sus reflexiones nos parecen totalmente vigentes, y podrían tener su paralelismo hoy con la necesidad de no aplicar con rigidez ciega la necesaria evidencia científica, así como las guías y protocolos vigentes, subrayando la necesidad de hacerlo con el criterio humano, con sentido común médico, conocedor de la realidad del paciente y de su entorno, así como no caer en la práctica de los chequeos innecesarios, muy propios del actual ingrediente consumista en la relación clínica y cuya práctica no está avalada por ninguna recomendación científica probada.

Hoy en día se entiende el profesionalismo como algo positivo, que incide en la necesidad de hacer de la praxis médica algo excelente, acorde a los máximos estándares posibles de ética y deontología. En el contexto marañoniano, su definición de profesionalismo tiene que ver con la limitación del ejercicio médico a una manera más de conseguir beneficio económico. Esto fue denunciado por él, por entender que mina la visión humanista de la praxis médica y sigue constituyendo una amenaza para que la relación clínica se desarrolle en términos adecuados.

Vemos en su obra, en ocasiones, cierta tensión, pretendiendo un equilibrio difícil ante ciertos temas, como el caso de su defensa de la vida humana y su pensamiento eugenésico.

También aquí, entender los textos en su contexto, es imprescindible, aunque la tensión persista.

En la consideración de la relación médico-paciente, Marañón se mueve, en líneas generales, en lo que hoy denominamos relación paternalista, lo que hay que tener presente a la hora de extrapolar lo dicho por nuestro autor. Aquí es necesario señalar, por un lado, que el propio Marañón, en ocasiones escribe en términos que parecen caminar hacia la alianza terapéutica y en un modelo más centrado en el paciente, muy eficaz hoy en día, especialmente en la consecución de la adherencia del paciente al tratamiento prescrito. Por otro lado, conviene señalar que el médico práctico, en algunas ocasiones, tiene que desarrollar la relación con el paciente, digamos, en modalidad paternalista, siendo esta una parte de la actividad asistencial, por lo que, llegado el caso, las ideas de Marañón al respecto no están tan alejadas como en un primer momento pudiera parecer.

Otra de las limitaciones que vemos a nuestro trabajo, es la de habernos ceñido al contenido de sus *Obras Completas*, como decíamos al inicio del mismo, que, a pesar de su denominación, no incluye la totalidad de lo escrito por Marañón. No obstante y en consonancia con otros autores que han revisado el resto de su obra, pensamos que ahí está contenido el “Marañón esencial” y creemos que, en el ámbito que nos ocupa, sus consideraciones ante el tema de la relación entre médico y paciente proveen una base suficiente para haber captado lo que nuestro autor tenía que decir al respecto. Queda pendiente, claro está, tener en cuenta el resto de su obra en la búsqueda de otras derivaciones o matices que nuestro autor haya podido realizar.

Pedro Laín Entralgo fue también, de alguna manera, un continuador, en el plano teórico, de muchas de las cosas que Marañón apuntó, a quien consideraba su maestro, también al servicio de una medicina antropocéntrica. De hecho, es de particular interés para la consideración de nuestro tema, el que Laín persiguiera, a lo largo de su vida, elaborar toda una antropología médica.

Estudió a fondo la relación médico-paciente, y nos ha parecido de sumo interés el abordaje historiográfico que hace de la misma, lo que permite ver el asunto con perspectiva histórica. Notamos en su obra, de hecho, un marcado énfasis en que el médico conecte con la

historia de la medicina, por lo que tiene de pedagógico y profiláctico. En este sentido, al analizar los aspectos históricos de la relación entre médico y paciente, notamos el influjo del ideario predominante de la España que le tocó vivir, enraizado en un catolicismo mayoritario y subrayando de un modo apologético las coordenadas cristianas del amor como paradigma de la relación entre los hombres. Como él mismo dice en esa época, se trataría de coejecutar los actos en amorosa coexistencia. En sus obras posteriores se percibe una mayor secularización al respecto y de mayor amplitud.

En lo analizado en su obra, observamos una aproximación a los elementos de la relación clínica con un marcado énfasis teorizante en su desarrollo, abordando aspectos como el diagnóstico, desde una perspectiva epistemológica y aspirando a que el diagnóstico sea integral. Constantemente insiste en que la relación medico paciente vaya más allá de la interacción meramente científico natural.

En ocasiones, percibimos la mirada del filósofo que quiere exponer al detalle todo lo que se mueve en el encuentro clínico. Los mismos ingredientes de la cordialidad, empatía, comunicación verbal y no verbal, paralenguaje, gestión de la información adecuada, aparece analizado en su obra.

Nos parece particularmente relevante, ante la relación clínica, la idea de Laín de considerarla como una camaradería itinerante, en línea con otras propuestas antropológicas previas (Von Weiszäcker), destacando en su obra el interesante concepto de “amistad médica”, en la que médico y paciente co-ejecutan juntos el camino hacia la recuperación. Aunque se mueve en el plano teórico, no dejan de ser conceptos que aportan matices cualitativos de mucho interés.

De particular interés es el marco que nuestro autor propone para la relación, dividiendo su análisis en diferentes momentos: el afectivo, cognoscitivo, operativo, social y ético-religioso o “ético” a solas, como lo denomina en sus escritos posteriores. En el ámbito de la enfermedad crónica, desarrolla unas reflexiones al hilo de la ubicación del paciente en la misma, necesitando este una instalación en aquella, pasando de “lo en mí “ a “lo mío”. En este sentido, es de destacar su idea de que el médico juegue también un papel de “cuasi-creador”, contribuyendo, de alguna manera, al moldeado del paciente en el escenario de su enfermedad.

A su vez, el autor señala la necesidad de que el enfermo sea capaz de moldear su situación ante la enfermedad, señalando la importancia de la expresión verbal, más como relato que como título, curiosamente en línea con las tendencias narrativas aplicadas al terreno de la medicina hoy en día.

Como limitaciones de nuestro estudio, hemos de considerar que la elección de la obra de Laín ha sido parcial, siendo también como fue, un autor tremendamente prolífico. En este caso, hemos puesto el foco en lo que pensamos que podría ser más relevante de cara al estudio de nuestro tema, pero no descartamos que en otros de sus escritos, especialmente de carácter antropológico e incluso en el resto de su obra, todavía pudiéramos haber encontrado matices de interés de cara a nuestro tema. Será necesario ampliar el alcance de nuestro estudio.

En los aspectos que tienen que ver con el diálogo en la consulta, notamos una identificación con el modelo psicoanalítico, que es interesante, pero que no abarca la totalidad del espectro psicoterapéutico. Pensamos que la ausencia de contacto con la realidad clínica de Laín, así como su formación psicodinámica, puede haber influido en ello. Notamos que el marco en el que el autor desarrolla sus reflexiones en torno a la relación entre médico y paciente, es predominantemente paternalista.

Su vocación, definida por él mismo, como teorizante, y sin especial afición a la clínica, impregna sus textos, que pueden caer en una cierta reiteración y puede hacer que en sus escritos se eche de menos un abordaje más pragmático, lo que pensamos que puede haber contribuido a un injusto olvido, al menos parcial.

Con todo ello, consideramos que lo aportado por nuestros autores constituye un ramillete conceptual y cualitativo que debe estar presente en el encuentro clínico actual, mientras se sigue desarrollando la imprescindible labor de investigación empírica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Clemente JC. Comunicación Clínica. Marnela, editor. Madrid; 2011.
2. Borrell-Carrió F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. Humanit Humanidades Médicas [Internet]. 2007;(15). Available from: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero15/revista.html
3. Chin JJ. Doctor-patient relationship: a covenant of trust. Singapore Med J [Internet]. 2001 Dec [cited 2016 Apr 30];42(12):579–81. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/11989581>
4. Chaitchik S, Kreidler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. J Cancer Educ [Internet]. 1992 Jan [cited 2016 Apr 30];7(1):41–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1571245>
5. Lázaro J, Gracia D. La relación médico- enfermo a través de la historia. An Sist Sanit Navar. 2006;29(Supl 3):7–17.
6. Hochberg MS. The Doctor's White Coat--an Historical Perspective. Am Med Assoc J Ethics [Internet]. 2007;9(4):310–4. Available from: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2007/04/mhst1-0704.html>
7. Bellón Saameño JA, Martínez Cañabate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Atención Primaria [Internet]. 2001;27(7):452–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670178835X>
8. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. ENGLAND; 1991 Nov;303(6814):1385–7.
9. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. J Fam Pr. 1993;37(377-388).
10. McLane CG, Zyzanski SJ, Flocke SA. Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. Am J Hypertens. UNITED STATES; 1995 Feb;8(2):206–9.
11. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. Acta Psychiatr Scand [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; 1999 Sep 1;100(3):167–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10842.x>

12. Epstein R, Street R. Patient centered Communications in cancer care: promoting Healing and Reducing Suffering [Internet]. Bethesda; 2007. Available from: <http://appliedresearch.cancer.gov/areas/pcc/communication/monograph.html>
13. Lorient Arín N, Serrano del Rosal R. Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de los fundamentos de la confianza del acto médico. *Rev Int Sociol.* 2009;67(2):309–28.
14. Torío Durántez J, García Tirado M. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 1997 Jun 15 [cited 2016 May 9];20(1):17–24. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-orientacion-al-paciente-las-14569>
15. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria* [Internet]. 2003;32(10):594–602. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656703793391>
16. T. Beauchamp y J. Childress. Principios de ética biomédica. Masson, editor. 1999.
17. Martínez S, Leal F. La calidad clínica de la atención y el problema de la relación médico-paciente. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2003;48(4):242–54.
18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark. JSTOR;* 1985;41–50.
19. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retail. JAI;* 1994;70(3):201–30.
20. Biedma L, Serrano R. ¿Existe relación entre satisfacción del paciente y género del médico? *IESA Work Pap Ser* [Internet]. 2007; Available from: <http://hdl.handle.net/10261/2055>
21. Ware JEJ, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann. UNITED STATES;* 1983;6(3-4):247–63.
22. Serrano del Rosal R, Vera-Toscano E, Ateca V. Searching for the most suitable tool to measure satisfaction with healthcare: the importance of patient discontent [Internet]. 2005 [cited 2016 May 9]. Available from: <http://digital.csic.es/handle/10261/2080>
23. Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. In: *The Experience of Illness.* London: Tavistock; 1984. p. 154–75.
24. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev. UNITED STATES;* 1990;47(3):267–326.

25. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. UNITED STATES; 1968 Nov;42(5):855–71.
26. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care*. UNITED STATES; 1989 Nov;27(11):1027–35.
27. Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gac Sanit*. 1992;176–85.
28. Bohigas L. La satisfacción del paciente. *Gac Sanit*. 1995;9:283–5.
29. Cófredes P, Oman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 201. *Rev Comun y Salud [Internet]*. 2014; Available from: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/53>
30. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. *Rev Cuba Salud Pública*. 2006;32(4).
31. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A H, MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch en Med Fam*. 2006;8(2):137–43.
32. Borrell-Carrio F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med*. United States; 2004;2(4):310–6.
33. Borrell i Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria [Internet]*. Elsevier; 2007 Mar 1 [cited 2016 Apr 30];14(3):133–41. Available from: <http://www.fmc.es/es/competencia-emocional-del-medico/articulo/13099897/>
34. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA*. UNITED STATES; 1996 Jan;275(2):152–6.
35. Vidal y Benito M. La relación médico paciente. Bases para una comunicación a medida. Buenos Aires: Lugar editorial; 2010.
36. Groopman JM. *How Doctors Think*. New York: Houghton Mifflin Company; 2007.
37. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chil*. 2007;135:647–52.
38. Arrossi, S.; Matos, E.; Zengarini, N.; Roth, B.; Sankaranarayanan, R. y Parkin M. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynaecol Oncol*. 2007;105(2):335–40.
39. Ingaramo R, Vita N, Bendersky M. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento. *Rev la Fed Argentina Cardiol*. 2005;34:104–11.

40. D'Anello Koch S., Barreat Y., Escalante G., D'Orazio AK, Benítez A. Relación médico paciente y adherencia a tratamiento. *MédULA*. 2009;18(1):33–9.
41. Goldring A, Taylor S, Kemeny; M. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician - patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Heal Psychol*. 2002;21:218–28.
42. Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*. UNITED STATES; 1993 Mar;12(2):93–102.
43. Di Matteo MR. Practitioner-family-patient communication in pediatric adherence: Implications for research and clinical practice. In: Erlbaum, editor. *Promoting adherence to medical treatment in childhood chronic illness: Concepts, methods, and interventions*. New York: D. Drotar; 2000. p. 237–58.
44. Foot H, La Caze A, Gujral G, Cottrell N. The necessity-concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier; 2016 May 3;99(5):706–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.004>
45. Torío Durántez J, García Tirado M. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 1997 Jan 1 [cited 2016 Apr 30];19(1):18–26. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-medico-paciente-entrevista-clinica-i-14439>
46. Torío Durántez J, García Tirado M. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 1997 Jan 1 [cited 2016 Apr 30];19(1):27–34. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-medico-paciente-entrevista-clinica-y-14440>
47. McWhinney I. *Medicina de familia*. Barcelona: Mosby-Doyma; 1995.
48. Henbest R, Stewart M. Patient-centeredness in the consultation. 2: Does it really make a difference. *Fam Pr*. 1990;7:28–33.
49. Stewart MA. Studies of Health Outcomes and Patient-Centered Communication. In: *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications; 1995. p. 185–90.
50. Bass MJ, Buck C TL. Predictor of outcome in headache patients presenting to family physicians-a one year prospective study. *Headache*. 1986;26:285–94.

51. Bass MJ, Buskc C, Turner L, Dickie G, Pratt G RH. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pr* . 1986;23:43–7.
52. Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Fam Pract*. ENGLAND; 1986 Jun;3(2):75–9.
53. Fraser RC, McKinley RK, Mulholland H. Consultation competence in general practice: establishing the face validity of prioritized criteria in the Leicester assessment package. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1994 Mar;44(380):109–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238811/>
54. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ Br Med J* [Internet]. 1990 Oct 27;301(6758):968–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664199/>
55. Borrell-Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004. 372 p.
56. Alamo MM, Moral RR, Perula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns*. Ireland; 2002 Sep;48(1):23–31.
57. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. CANADA; 1995 May;152(9):1423–33.
58. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. CANADA; 1999 Feb;3(1):25–30.
59. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JEJ. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. UNITED STATES; 1989 Mar;27(3 Suppl):S110–27.
60. Patwardhan B, Warude D, Pushpangadan P, Bhatt N. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evid Based Complement Alternat Med*. England; 2005 Dec;2(4):465–73.
61. Lerodiakonou CS. The psychology of Aristotle, the philosopher a psychoanalytical therapists perspective. London: Karnac Books; 2011.
62. Marsh H. Ante todo, no hagas daño. Barcelona: Salamandra; 2016. 348 p.
63. Martínez C, Leal G. Sobre la calidad clínica de la atención : El problema de la relación médico-paciente. Vol. 48 Núm. 4, *Anales Médicos*. Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC. 2003. 242 - 254 p.
64. Marañón G. Vocación y ética y otros ensayos. 2nd ed. Madrid: Espasa Calpe; 1946. OC,

IX, p 321-390.

65. Tournier P. Medicina de la persona. 2nd ed. Clie, editor. Barcelona: Publicaciones Andamio; 1996.
66. Garrabé J, Hoff P. Historical Views on Psychiatry for the Person. *Int J Pers Centered Med* Vol 1, No 1 April [Internet]. 2011; Available from: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/31>
67. Berger P LT. La construcción social de la realidad. AMORRORTU, editor. Buenos Aires;; 1995.
68. Herreros, B; Gargantilla, P; Bandrés F. Gregorio Marañón; cumbre y síntesis para el siglo XXI. Colección Docencia Universitaria. Serie Humanidades médicas. Fundación Tejerina. Unidad Docente, editor. Madrid: ADEMAS Comunicación Grafica; 2008.
69. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Muñoz M et al. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: una comparación de métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(3):317–24.
70. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. England; 2002 Sep;325(7366):697–700.
71. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. England; 2002 Sep;325(7366):682–3.
72. Squires B, Learmonth I. Empowerment of patients---fact or fiction? Vol. 326, *BMJ* (Clinical research ed.). England; 2003. p. 710.
73. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, et al. The electronic patient record in primary care—regression or progression? A cross sectional study. *BMJ Br Med J* [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd.; 2003 Jun 28;326(7404):1439–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC162256/>
74. López Vega A. Bibliografía de Gregorio Marañón [Internet]. Madrid: Editorial Dykinson; 2004. Available from: <http://hdl.handle.net/10016/6178>
75. Laín Entralgo P. Gregorio Marañón. Vida, obra y persona. 1st ed. Madrid: Espasa Calpe, SA; 1969. 220 p.
76. Laín Entralgo P. Marañón y el enfermo. *Revista de Occidente*, editor. Madrid: Ediciones Castilla, SA; 1962. 141 p.
77. Varios autores. Revisión de la obra médica de Marañón. Ediciones Puertollano S.L., editor. Puertollano (Ciudad Real): Artes Gráficas Milenio; 2003.

78. Marañón G. Berthold Stiller: Die asthenische konstitutionkrankheit. Stuttgart, 1907.
Boletín del Inst Patol Médica. 1946;I(1):OC IV, pp.1123–4.
79. Varios autores. Marañón. 1887-1960. Médico, humanista y liberal. Sociedad estatal de Conmemoraciones Culturales; 2010.
80. López Vega A. Gregorio Marañón. Radiografía de un liberal. Madrid: Taurus; 2011. 552 p.
81. Varios autores. Marañón, actualidad anticipada. Madrid: Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid; 1988.
82. Ferrándiz Lloret A, Lafuente E. El pensamiento eugénico de Marañón. Asclepio. 1999;LI(2):134–42.
83. Ferrándiz Lloret A. Psicología de Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid; 1982.
84. Marañón G. Pequeños anales de treinta días en París. Diario de la Marina. La Habana; 1940 Aug 8;OC IV, p 659.
85. Botella Llusia J, Fernández Cruz A, Gastón de Iriarte y Sánchez E, Santos Ruiz A, Vara López R. HOMENAJE A MARAÑÓN. Universidad de Madrid, editor. 1970.
86. Botella Llusia J. Gregorio Marañón. El Hombre, la vida, la obra. Universidad Complutense, editor. Toledo: Publicaciones del Centro Universitario de Toledo; 1972.
87. Granjel LS. Personajes médicos de Galdós. Cuad Hispanoam. 1970;(250-252):656–63.
88. Marañón G. Elogio y nostalgia de Toledo. Madrid: Espasa Calpe; 1941. OC, IX, pp. 463-580.
89. Almodóvar, Francisco Javier; Warleta E. Marañón o una vida fecunda. Madrid: Espasa Calpe; 1952. 468 p.
90. Solana L. Dr Gregorio Marañón Su persona Sus personajes Su obra “Maestro de fiar, 50 años después de su partida.” Burgos: Monte Carmelo; 2010.
91. Marañón G. Contestación al discurso de ingreso, en la Real Academia de la Historia, de don Ignacio Herrero de Collantes. Espasa Calpe; 1950 p. OC II, pp. 441–8.
92. Marañón G. Confesiones médicas. In: La vida del médico. Barcelona: Caralt; 1949. p. OC, I, pp. 291–5.
93. Gómez Santos M. Diálogos españoles. Madrid: Cid; 1958.
94. Pérez Guriérrez F. La juventud de Marañón. Madrid: Trotta; 1997.
95. Marañón G. Crítica del libro: Endokrinologische Psychiatrie. Boletín del Inst Patol Médica1. 1955;X(10):OC, IV, pp – 1161–2.
96. Marañón G. Divulgaciones sobre un libro de Historia. 1939 p. OC, III, pp. 525–8.

97. Marañón G. Veinticinco años de medicina. 1935 p. OC, III, pp. 287–98.
98. Marañón G. Fisiopatología y clínica endocrinas. 1955 p. OC, III, pp. 717–31.
99. Montero L, Pastor JC, Cervera C. La presencia francesa en los congresos internacionales de psicología. *Rev Hist Psicol.* 1992;13(2-3):391–8.
100. Marañón G. La gratitud. *Hoy.* Méjico; 1937 Oct 9;OC, IV, pp. 355–7.
101. Álvarez Sierra J. El Hipócrates de la Medicina española. Biografía del Dr. Marañón,. Madrid: UBI, Distribuidora de Ediciones Nacionales y Extranjeras; 1960.
102. Marañón G. A uno que erró su vocación. *La Nación.* Buenos Aires (Argentina); 1948 Nov 21;OC, IV, pp. 747–50.
103. Peiró y Peiró FJ. Deontología Médica. Madrid: Dossat SA; 1966.
104. Ortega y Gasset J. Obras Completas vol IV. Madrid : Taurus; 2005.
105. Marañón G. En la fiesta de consagración de la medicina. p. OC, II, pp. 523–9.
106. Marañón G. Profesión y Ética. 1952 p. OC III, 753–65.
107. Marañón G. Tiempo viejo y tiempo nuevo. Buenos Aires (Argentina); 1940.
108. Gamba R. Historia Sencilla de la Filosofía. 15th ed. Madrid: Rialp; 1986.
109. Marías J. Historia de la Filosofía. 14th ed. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
110. Marañón G. Mensaje a la Academia Médico-quirúrgica asturiana. 1930 p. OC I, pp – 95–7.
111. Marañón G. Un libro de ciencia. In: Los reflejos condicionados (Pavlov, JP). Madrid: Morata; 1929.
112. Marañón G. Concepto de la medicina nacional. 1931 p. OC, III, pp. 215–24.
113. Tres preguntas al profesor Marañón. La ciencia y el arte de la medicina. Madrid; 1959;OC, X, p. 215.
114. Marañón G. Efemérides y comentarios. Madrid: Espasa Calpe; 1955. OC, IX, pp. 581-696.
115. Marañón G. Las ideas biológicas del padre Feijoo. Madrid: Espasa-Calpe; 1934. OC, V, pp. 287-494.
116. Marañón G. Méjico y España. 1955 p. OC, III, pp. 813–22.
117. Marañón G. El problema de las febrículas. Madrid: Ruiz Hermanos; 1957. OC X, pp.237-238.
118. Marañón G. Médicos poetas. In: Moderna ECC y, editor. Primera antología española de médicos poetas (Dr Alfredo Juderías). Madrid: Espasa Calpe; 1957. p. OC, X, pp.376–8.
119. Ortega y Gasset J. Obras Completas vol VIII. Madrid: Taurus; 2005. pag. 363-364.
120. Marañón G. Al profesor Oliver. 1946 p. OC, II, pp. 413–5.
121. Ramón y Cajal S. Los tónicos de la voluntad. 11th ed. Madrid : Espasa Calpe. Colección

- Austral; 1986.
122. Marañón G. *Cajal, su tiempo y el nuestro*. Madrid: Espasa Calpe; 1951. OC VII, pp.297-377.
 123. Marañón G. La importancia del autor en los libros científicos. In: Montana, editor. *Integración funcional neuroendocrinohipofisaria* (Imbriano, Aldo E). Buenos Aires (Argentina); 1954.
 124. Marañón G. Un alemán universal. In: *Memorias* (G Von Bergmann). Barcelona: Ariel; 1956. p. OC, I, pp. 971–5.
 125. Marañón G. *Discursos en Lima*. 1939 p. OC, II, pp. 367–409.
 126. Marañón G. *Crítica de la medicina dogmática*. Madrid; 1950. OC, III, pp. 335-354.
 127. Marañón G. *Raíz y decoro de España*. Madrid: Espasa Calpe; 1933. OC IX, pp.9-96.
 128. Marañón G y otros amigos y discípulos. Teófilo Hernando. In: *Homenaje al profesor Teófilo Hernando*. p. OC, IV, pp. 871–8.
 129. Marañón G. *Ensayos liberales*. Espasa Calpe; 1947. OC, IX, pp. 195-269.
 130. Marañón G. *El pequeño manual*. In: *Iniciación a la urología clínica* R dos Santos,. Espasa Calpe; 1946. p. OC, I, pp. 263–6.
 131. Marañón G. *El preoperatorio*. In: *Clínica del preoperatorio* (C de Tomasso). 1940. p. OC, I, pp. 191–2.
 132. Marañón G. *La vocación*. p. OC III, 986–95.
 133. Mara. *El profesor Houssay, premio Nobel*. ABC. Madrid; 1947 Oct 25;OC, IV, pp.729–30.
 134. Marañón G. *La voz de la piel*. In: *Curva de glucemia, colesterinemia y tensión arterial en dermatología* E Arroyave (Tesis Doctoral). Madrid: Espasa Calpe; 1929. p. OC, I, pp. 83–5.
 135. Marañón G. *Cajal*. 1947 p. OC, II, pp.165–208.
 136. Marañón G. *Notas a una monografía*. In: *La investigación en medicina* (J L R Candela). 1956. p. OC, I, pp. 381–4.
 137. Marañón G. *Las hormonas sexuales*. In: *Las hormonas del ovario y del lóbulo anterior de la hipófisis* (B Zondek). Espasa Calpe; 1934. p. OC, I, pp. 133–6.
 138. Marañón G. *El afán del “por qué.”* In: *Médica*. C, editor. *Las hipoglucemias y el dolor abdominal de origen endocrino*. Barcelona: Espasa Calpe, SA; 1952. p. OC X, p. 211.
 139. Marañón G. *La obligación de escribir del médico*. In: *Nuevas orientaciones en clínica otorrinolaringológica*. Madrid: Espasa Calpe, SA; 1951. p. OC X, pp.221–2.
 140. Marañón G. *La medicina inglesa*. 1952 p. OC, III, pp. 749–51.
 141. Marañón G. *La medicina española*. 1952 p. OC X, pp. 183–4.

142. Ramos Meza E. Gregorio Marañón, gran médico y humanista. Guadalajara (Méjico): Folia Universitaria; 1961.
143. Marañón G. Ensayo biológico sobre Enrique IV de Castilla y su tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1947. OC, V, pp. 85-161.
144. Marañón G. La lección del Cid. La Nación. Buenos Aires (Argentina); 1940 Mar;OC, IV, pp. 605–9.
145. Marañón G. Antonio Pérez (el hombre, el drama, la época). Madrid: Espasa Calpe ; 1947. OC, VI.
146. Cortés GA. Algo sobre Gregorio Marañón. El Salvador C.A.: Ahora; 1978.
147. Marañón G. Sor Matilde. In: La medicina y los médicos. Espasa Calpe; 1962. p. OC, IV, p. 975.
148. Marañón G. Vida y andanzas de don Pablo de Olavide. 1960 p. OC, III, pp. 925–33.
149. Marañón G. Vocación de amor y vocación de querer. Ya. Madrid; 1959 Feb 15;OC, IV, pp. 1023–4.
150. Marañón G. Una de las musas de la historia. In: Historia clínica de la Restauración (M Izquierdo). 1946. p. OC, I, pp. 721–7.
151. Marañón G. Historiadores de la medicina. 1935 p. OC, II, pp. 331–4.
152. Marañón G. Legitimidad de la alusión. La Vanguardia Española. 1948 Mar 9;OC, IV, pp.731–2.
153. Marañón G. Climaterio de la mujer y el hombre. Madrid: Espasa Calpe; 1937. OC VIII, pp.7-246.
154. Marañón G. Sobre el papel del médico moderno. ABC. Madrid; 1927 Aug 16;OC, IV, pp. 125–7.
155. Marañón G. La medicina moderna. París: Espasa Calpe; 1952. OC, I, pp. 361-363.
156. Marañón G. La medicina en las galeras de Felipe II. 1936 p. OC III, pp. 355–71.
157. Marañón G. Sobre la responsabilidad médica. In: La responsabilidad profesional del médico (E Benzo Cano). Espasa Calpe; 1944. p. OC, I, pp. 205–16.
158. Marañón G. Antonio García Tapia. In: A García Tapia, Antología de trabajos científicos,. Madrid: Espasa Calpe; 1945. p. OC, I, pp. 241–8.
159. Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell Alenta H. [Professionalism and professionalism: basis, contents, praxis and teaching]. Med Clin (Barc). Spain; 2006 Sep;127(9):337–42.
160. Marañón G. Los martirios supercientíficos. In: Drogas policiales (J Rolin). Espasa Calpe; 1952. p. OC, I, pp. 857–61.

161. Marañón G. La medicina de nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1953. OC tomos I, III y X.
162. Marañón G. Medicina de revistas y medicina de libro. In: Manual de Patología General (R Novoa Santos). 1948. p. OC X, 192–3.
163. Marañón G. Médicos y curanderos. La Nación. Buenos Aires (Argentina); 1936 Aug 16;OC, IV, pp. 303–5.
164. Marañón G. Medicina y profesionalismo. El Censor. Gualeguaychú; 1937 Apr 2;OC, IV, 341–3.
165. Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Autobiografía (1922-1949). Barcelona: Tusquets; 1997. p 494.
166. Marañón G. El valor de la obra de un médico. In: La obesidad y su tratamiento (M Labbé). 1924. p. OC, I, pp. 35–6.
167. Marañón G. Cementerio de libros. In: Las enfermedades sexuales (J Algora Gorbea). Madrid: Espasa Calpe; 1947. p. OC, I, pp. 267–70.
168. Marañón G. Medicina mágica y medicina científica. p. OC III, pp.975–86.
169. Marañón G. Medio siglo de medicina. Gac Med Esp. 1950;año XXIV(II):OC X, pág. 188.
170. Marañón G. El arte de la receta. 1929 p. OC X, 256–7.
171. Marañón G. El doctor Tello. Ybis. 1959;2(marzo-abril):OC, IV, pp. 1107–8.
172. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. PLoS Med. United States; 2005 May;2(5):e138.
173. López García-Franco A. El marketing sanitario o la realidad y el deseo. AMF. 2015;11(6):312–3.
174. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. England; 2002 Apr;324(7342):886–91.
175. Abel Jaime Novoa Jurado AJ, Gervas Camacho J, Ponte Mittelbrunn; Carlos. Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas. AMF. 2014;10(7):373–82.
176. Marañón G. Benítez de Huelva. Boletín del Inst Patol Médica. 1948;III(5).
177. Marañón G. Mi homenaje a Francisco Huertas. 1933 p. OC, III, pp. 283–6.
178. Gell O. Imputados 50 médicos por cobrar sobornos por usar prótesis de Traiber. El País, edición digital [Internet]. 2015 Dec 17; Available from: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/12/16/catalunya/1450272796_100871.html
179. Discípulos de Marañón. Veinticinco años de labor. Historia y bibliografía del profesor Gregorio Marañón y del Instituto de Patología Médica del hospital de Madrid. Espasa

- Calpe, editor. Madrid; 1935.
180. Marañón G. José Fernández Nonidez. Boletín del Inst Patol Médica. 1948;III(5):1085–6.
 181. Marañón G. Persona y Hombre. In: Arte, ciencia y felicidad, (C Bonmatí Azorín). Espasa Calpe; 1957. p. OC, I, pp. 977–8.
 182. Marañón G. La humanidad de Casal. 1960 p. OC, II, pp. 611–8.
 183. Marañón G. El doctor Blanco Soler. 1959 p. OC, II, pp. 599–601.
 184. Menéndez Pidal R, Laín P, Alonso D, Azorín etc. Homenaje a Gregorio Marañón. Editorial Prensa Española; 1960.
 185. Marañón G. Cuando debe escribirse un libro nuevo. In: La retinitis albuminúrica (C Charlia; Lobo-Onell y Barrenechea). Espasa Calpe; 1928. p. OC, I, pp. 69–74.
 186. Marañón G. Literatura sexual. In: La vida sexual contemporánea (I Bloch). Espasa Calpe; 1924. p. OC, I, pp. 27–33.
 187. Marañón G. Médicos escritores. In: En la ruta del amor (A Casanova). 1936. p. OC, I, pp. 565–7.
 188. Marañón G. Presentación. In: Catálogo de obras pictóricas. Espasa Calpe; 1951. p. OC I, 815–6.
 189. Marañón G. Roberto Novoa Santos. In: Patología Postural, (R Novoa Santos). Madrid: Espasa Calpe; 1934. p. OC, I, pp. 141–9.
 190. Marañón G. Experiencia sobre la patología del tabaco. 1957 p. OC, III, pp. 833–7.
 191. Marañón G. Sobre la universalidad de la aldea. In: Retalhos da vida de um médico (F Namora). Lisboa (Portugal): Espasa Calpe; 1954. p. OC, I, pp. 937–40.
 192. Marañón G. Las pedanterías del crimen. El Pueblo. Montevideo (Uruguay); 1937;OC, IV 325–7.
 193. Marañón G. Arte y medicina. In: Los nietos de Hipócrates (humorismo médico) (F Herce). Espasa Calpe; 1925. p. OC, I, pp. 423–5.
 194. Marañón G. Don Amalio Gimeno, médico. In: trabajos científicos, literarios, políticos y sociales del profesor Amalio Gimeno. 1935. p. OC, IV, pp.275–6.
 195. Madariaga S. Españoles de mi tiempo. Barcelona: Planeta; 1974.
 196. Marañón G. El comienzo de un camino nuevo. In: La penicilina (de Pasteur a Fleming) (F Bustinza). Madrid: Espasa Calpe; 1945. p. OC, I, pp. 231–5.
 197. Marañón G. Intentos terapéuticos. In: Tratamiento médico del quiste hidatídico, (C Cuervo García). Espasa Calpe; 1955. p. OC, I, pp. 371–2.
 198. Marañón G. Crítica al libro Historia de la Obstetricia y Ginecología en España del Dr

- Usandizaga. Boletín del Inst Patol Médica. 1946;I(3):OC X, pp. 185–6.
199. Marañón G. (Crítica de libros): M. Monteiro Pereira, Historia de la Medicina Contemporánea, Sociedad. Boletín del Inst Patol Médica. 1955;X(8):OC, IV, p.1158.
 200. Marañón G. Sobre la enseñanza. 1959 p. OC, III, pp. 917–24.
 201. Gregorio M. El peligro de la sepsis oral. In: La piorrea alveolar, (J Pons) ,Cleto Vallinas. Madrid: Espasa Calpe; 1926. p. OC, I, pp. 39–41.
 202. Marañón G. Una generación y un hombre. In: Supuraciones renales, (S Pascual). Espasa Calpe; p. OC, I, pp.43–6.
 203. Marañón G. El patólogo moderno. In: Nuevos puntos de vista sobre reumatismo caridioarticular, (J Cuatrecasas) . Espasa Calpe; 1933. p. OC, I, pp. 127–31.
 204. Marañón G. El libro más español. In: Tipología del Quijote (J Goyanes). Espasa Calpe ; 1932. p. OC, I, pp. 527–31.
 205. Marañón G. El verdadero especialista. In: Manual de Neurología Ocular (Dr Antonio Ros). Méjico; 1951. p. OC X, 275–6 y OC I 336.
 206. Marañón G. Especialización en cirugía cardíaca. 1960 p. OC, III, pp. 935–928.
 207. Marañón G. Un libro nuevo de un autor nuevo. In: Los errores tradicionales en otorrinolaringología, (A de la Vega Hazas) . Espasa Calpe; 1918. p. OC, I, pp. 13–4.
 208. Marañón G. Problemas médicos. In: Fundamentos y resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos actuales de la epilepsia, (R González Pinto y V San Sebastián Chamosa). Espasa Calpe; 1945. p. OC, I, pp. 237–40.
 209. Marañón G, Ballcells A. Manual de Diagnóstico Etiológico. 14th ed. Madrid: Espasa Calpe; 1991. 1200 p.
 210. Marañón G. Bodas de oro. El Liberal. 1921 Aug 27;
 211. Unamuno M de. Ciudad y campo. In: Ensayos. Madrid : Aguilar SA de Ediciones; 1964. p. 361–77.
 212. Marañón G. Manuel Vela. Boletín del Inst Patol Médica. 1950;V(8):OC, IV, p. 1088.
 213. Marañón G. Homenaje al maestro. In: Los veinte temas que he cultivado en los cincuenta años de mi labor filosófica, (J Zaragüeta). Espasa Calpe ; 1958. p. OC, I, pp. 1033–8.
 214. Alonso D. “¡Que las nuevas generaciones sigan su ejemplo!” In: Prensa Española, editor. Homenaje a Gregorio Marañón. Madrid; 1960. p. 293.
 215. Jiménez Quesada M. De Fleming a Marañón. Anécdotas de mi archivo. Editor Mateo Jiménez Quesada, editor. Madrid: IMNASA; 1972.
 216. Gimena J. Don Gregorio en el Hospital. Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario

- de su nacimiento. An la Real Acad Med. 1987;396.
217. Martínez Gómez-Gordo JA. Marañón en mis recuerdos. Sigüenza: Colección Momentos; 1977.
 218. Marañón G. Sobre el climaterio masculino. Arch Bras Endocrinol. 1954;IV:OC, IV, pp. 911–8.
 219. Marañón G. El alcoholismo. 1955 p. OC X, 583 y OC III, 787.
 220. Marañón G. El sentido defensivo de algunas enfermedades tiroideas. 1951 p. OC, III, pp. 733–48.
 221. Marañón G. Caída de la monarquía. La Nación. Buenos Aires (Argentina); 1938;OC, IV, pp. 487–95.
 222. Gómez Santos M. Vida de Gregorio Marañón. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Plaza y Janés; 1987.
 223. Varios autores. Homenaje a Gregorio Marañón en el centenario de su nacimiento. Madrid; 1987.
 224. Cela CJ. Un desayuno en casa de Marañón. In: Homaje à Grégorio Marañón. París: Nouvelles Editions Latines; 1963. p. 29–33.
 225. Marañón G. Vida e historia. Buenos Aires (Argentina): Espasa Calpe; 1941. OC, IX, pp. 97–193.
 226. Alberola y Restoll A. Don Gregorio Marañón “El médico insigne”, conferencia pronunciada en la Universidad de Panamá el 24 de junio de 1960, en la sesión necrológica dedicada al eminente hombre de ciencia. (Panamá, 26-6-60) , p.10. In Universidad de Panamá; 1960.
 227. Jiménez Burillo F. Psicología social. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1981.
 228. Borrell-Carrió F. Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros. Barcelona: Gestión 2000; 2004.
 229. Marañón G. Gota y humor del maestro. (El centenario de Vives). La Nación. Buenos Aires (Argentina); 1940 May 26;OC, IV, pp. 629–36.
 230. Marañón G. El problema del cáncer. In: El cáncer, (J H Maisin). Espasa Calpe; 1950. p. OC, I, pp. 297–303.
 231. Marañón G. Profesión y Ética. In: El médico y su ejercicio profesional en nuestro tiempo (G Marañón). Madrid: Editora Nacional; 1953. p. OC X, pp. 249–50.
 232. Pozuelo Escudero V. Marañón y su obra en la medicina. Visión de un discípulo directo y

- personal. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
233. Serrano S. El regalo de la comunicación. Barcelona: Anagrama; 2003. 123 p.
 234. Marañón G. Editorial. Boletín del Inst Patol Médica1. 1946;1(1):OC IV, 695.
 235. Laín Entralgo P. La empresa de ser hombre. 2nd ed. Madrid: Taurus; 1963. 277 p.
 236. Marañón G. La voz y las secreciones internas. 1937 p. OC, III, pp. 409–23.
 237. Martínez Fornés S. Mi convivencia con don Gregorio Marañón. Madrid; 2015.
 238. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 2011. 248 p.
 239. Marañón G. Medicina nueva, moral nueva. In: Cuatro ensayos sobre la medicina de nuestro tiempo, (H Téllez-Plasencia). Espasa Calpe; 1927. p. OC, I, pp. 61–3.
 240. Marañón G. Patología e higiene de la emoción. El Siglo Médico. 1925;OC, IV, pp. 101–15.
 241. James W. Compendio de Psicología. Buenos Aires: Emecé; 1947.
 242. Gervás J. Reivindicación de la silla como símbolo de la innovación continua en el trabajo del médico. Acta sanitaria [Internet]. 2014 Jan 26; Available from: <http://www.actasanitaria.com/reivindicacion-de-la-silla-como-simbolo-de-la-innovacion-continua-en-el-trabajo-del-medico/>
 243. Pérez Oliva M. La silla del doctor Marañón. El País. 1989 Oct 28;
 244. Marañón G. Importancia de la preocupación lingüística. In: La materia médica de Dioscórides (transmisión medieval y renacentista) (C E Dubler). Espasa Calpe ; 1954. p. OC, I, pp. 899–905.
 245. Carande R. Tres secretos suyos. Papeles Son Armadans . Madrid-Palma de Mallorca; 1961;XX(LX).
 246. Marañón G. Tres temas sobre un libro y su autor. In: El arte de prolongar la juventud y la vida (A Lorand). Espasa Calpe; 1930. p. OC I, pp. 91–4.
 247. Lalanda M. Con-ciencia médica. 1st ed. Madrid: LID Editorial Empresarial; 2016. 173 p.
 248. Marañón G. Los bienaventurados. In: El damero maldito, (C Montes,). Espasa Calpe; 1944. p. OC, I, pp. 651–2.
 249. Marañón G. Sobre las variaciones de la tensión arterial. 1959 p. OC, III, pp. 907–15.
 250. Rof Carballo J. Marañón como médico. Blanco y negro . 1960 Apr 2;
 251. Marañón G. Realidades y errores. Ya. Madrid; 1953 Jan 1;OC IV, pp. 879–81.
 252. Marañón G. La vanguardia y el cinematógrafo biológico. 1930 p. OC, III, pp. 187–92.
 253. Marañón G. Sobre las Academias. 1932 p. OC, II, pp. 279–90.
 254. Marañón G. Los problemas hereditarios. In: La herencia fisio- patológica en la especie humana, (J F De la Vega). Espasa Calpe; 1935. p. OC, I, pp. 151–4.

255. Marañón G. Estado actual de la doctrina de las secreciones internas. 1922 p. OC, II, pp. 9–89.
256. Marañón G. Contestación al discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina de don Jacinto Megías. 1951 p. OC, II, pp. 457–64.
257. Marañón G. Investigadores clásicos y románticos. In: Endocrinología (N Pende). Espasa Calpe; 1937. p. OC, I, pp. 165–7.
258. Gervás J. ¿Estudias medicina? ¿Te interesan las personas en su contexto? ¡Es un signo de infección de atención primaria (y no lo sabes)! Acta Sanitaria [Internet]. 2015 Jun 14; Available from: <http://www.actasanitaria.com/estudias-medicina-te-interesan-las-personas-en-su-contexto-es-un-signo-de-infeccion-de-atencion-primaria-y-lo-sabes/>
259. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Tornado T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415–28.
260. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
261. Perula De Torres L, Pulido Ortega L, Pérula de Torres C, González Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. Med Clin (Barc) [Internet]. 2014;143:341–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es/linksolver/ft/pii/90350558>
262. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2013;45(09):486–95. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evidencia-actual-entrevista-motivacional-el-90249569>
263. Marañón G. Crítica de libros: Trattato sintetico di Patologia e Clinica Medica (N. Pende). El Siglo Médico. 1928 Oct 27;OC, IV, pp. 1119–20.
264. Marañón G. Medio siglo de psiquiatría. 1932 p. OC, II, pp. 291–6.
265. Marañón G. (Crítica de libros) Klinische Fehldiagnosen (M. Bürger). Boletín del Inst Patol Médica. 1953;VIII(9):OC, IV, p. 1149.
266. Lewis CS. Los cuatro amores. 4th ed. Madrid: Rialp; 1994.
267. Marañón G. Lo que ha pasado desde la plata hasta el oro. 1959 p. OC, III, pp. 897–905.

268. David L et al. The Rational Clinical Examination. Evidence-Based Clinical Diagnosis. JAMA Evidence Simel, editor. Mc Graw Hill Medical; 2009.
269. Hernando T. El legado de Marañón a la medicina y a los médicos españoles. Rev Psicol Gen y Apl Rev la Fed española Asoc Psicol. 1962;17(61):51–64.
270. Marañón G. Prólogo. In: Enrique Teodoro, editor. Sobre las supuraciones renales no tuberculosas. Madrid; 1917.
271. Marañón G. Vocación, preparación y ambiente biológico y médico del padre Feijoo. 1934 p. OC, II, pp. 91–135.
272. Marañón G. Trabajos del Servicio de Patología Médica del profesor Marañón. Hospital General. Año III 1927-8, editor. Madrid; 1929. OC X, 216.
273. Desconocido. Gregorio Marañón: espíritu selecto y eximio maestro de juventudes. El Debate. Montevideo (Uruguay); 1937 Mar 13;
274. Collazo JA. Gregorio Marañón, espíritu selecto y eximio maestro de juventudes. El Debate. Montevideo (Uruguay); 1937 Mar 13;
275. Marañón G. La medicina hace veinte años. El Siglo Médico. 1933;OC, IV, 231–3.
276. Kroenke K. A practical and evidence-based approach to common symptoms: a narrative review. Ann Intern Med. United States; 2014 Oct;161(8):579–86.
277. Barrera Tyszka A. La Enfermedad. Anagrama. Narrativas hispánicas, editor. Barcelona; 2006.
278. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Barcelona: Ariel; 2014.
279. Marañón G. Nuevos puntos de vista en el sentido y la pedagogía endocrinas. 1959 p. OC, III, pp. 881–6.
280. Gómez Santos M. Vida de Gregorio Marañón. Madrid: Taurus; 1971. 549 p.
281. Marañón G. España y la historia de América. 1935 p. OC, II, pp. 337–41.
282. Marañón G. Tiberio. Madrid: Espasa Calpe; 1952. OC VII p.20.
283. Marañón G. Sobre “la vida nueva de Pedrito de Andía.” 1951. p. OC, IV, 835–7.
284. Marañón G. El romanticismo. 1956 p. OC III, pp. 809–11.
285. Marañón G. Reflexiones sobre el hombre de hoy. p. OC III, pp. 939–54.
286. Marañón G. Comentarios a la psicología de las delgadeces. Boletín del Inst Patol Médica. 1958;XIII(8):OC, IV, pp. 995–1002.
287. Marañón G. Sobre la timidez sexual. Medicamenta (Madr). 1950;año VIII(177):OC, IV, pp. 795–9.
288. Marañón G. Comentarios sobre la vejez. 1923 p. OC, II, pp. 239–46.

289. Marañón G. Psicopatología del donjuanismo. 1924 p. OC, III, pp. 75–93.
290. Marañón G. Constitución y Endocrinología. In: Fisiología, patología y clínica de las secreciones internas (J Bauer). Espasa Calpe; 1929. p. OC, I, pp. 79–81.
291. Marañón G. Memorias y diarios. In: Mi medio siglo se confiesa a medias (C González Ruano). Espasa Calpe; 1957. p. OC, I, pp. 981–5.
292. Marañón G. Notas sobre la vida y la muerte de San Ignacio de Loyola. 1956.
293. Strongman KT. The Psychology of emotion. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1979.
294. Pinillos JL. Principios de psicología. Madrid: Alianza Editorial Universidad; 1975.
295. Rof Carballo J. El hombre como encuentro. Madrid: Alfaguara; 1973.
296. Peabody FW. The Care of The Patient. JAMA J Am Med Assoc [Internet]. 1927;88(12):877. Available from:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1927.02680380001001>
297. Malpique C. Perfil humanístico de Gregório Marañón. Lisboa: Sociedade de Expansao Cultural; 1970.
298. Marañón G. El cirujano y su técnica. In: El dolor en cirugía (A de la Fuente Chaos). p. OC, I, pp. 255–9.
299. Marañón G. Muerte y resurrección del profeta. La Nación. Buenos Aires (Argentina); 1937 Feb 14;OC, IV pp. 321–4.
300. Yancey P, Brand P. El don del dolor. Miami, Fl: Vida; 2006. 398 p.
301. Marañón G. Egas Moniz. Boletín del Inst Patol Médica. 1956;XI(1).
302. Marañón G. Las mujeres y el Conde-Duque de Olivares. 1936 p. OC, II, pp. 137–63.
303. Caballero C. ¿Estás deprimido hoy? Quizás seas un Código-Z. El Mundo Edición digital [Internet]. 2015 Dec 30; Available from:
<http://www.elmundo.es/papel/historias/2015/12/30/5683c07f46163f0e0b8b45b9.html>
304. Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2006 Dec 15 [cited 2016 May 8];38(10):563–9. Available from:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-derivacion-salud-mental-pacientes-13095928>
305. Marañón G. La eficacia terapéutica de la cortisona. In: La cortisona en oftalmología, (A Ros). Espasa Calpe; 1957. p. OC, I, pp. 391–3.
306. Márquez S, Menea R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanit [Internet]. 2003;5(2):47–53. Available from: www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf

307. Marañón G. Drogas nuevas. ABC. Madrid; 1957 Sep 17;OC, IV, pp. 977–9.
308. Marañón G. La eficacia del verbo. 1952 p. OC, II, pp. 469–76.
309. Gené Badia J. Decidiendo juntos ganaremos efectividad. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2005 Mar 15 [cited 2016 May 5];35(4):175–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-decidiendo-juntos-ganaremos-efectividad-13072585>
310. Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G L de CF. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. 2004;33:361–4.
311. Nebot Adell C, Baqués Cavallé T, Crespo García A, Valverde Caballero I, Canela-Soler J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2005 Apr 15 [cited 2016 Mar 14];35(6):290–4. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-opinion-los-usuarios-como-13073414>
312. Martín Zurro A. Editorial. Atención Primaria . 2005;36(7):31.
313. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane database Syst Rev. England; 2005;(2):CD001271.
314. Marañón G. El hombre que piensa de otro modo. In: Almas ardiendo (León Degrelle). 1954. p. OC I, pp. 935–6.
315. Marañón G. Breve ensayo sobre la cocina española. In: Cocina española y cocina dietética, (García del Real) . Espasa Calpe; 1929. p. OC, I, pp. 479–89.
316. Marañón G. Crítica de libros: Psicología de la forma (D Katz) y Los fenómenos fantásticos de la visión (J Müller). Boletín del Inst Patol Médica. 1946;I(7):OC IV, 1125–6.
317. Perez D. Figuras de España. Madrid: Compañía Iberoamericana de Publicaciones, ; 1930.
318. Álvarez L. Marañón. In: Prensa Española, editor. Homenaje a Gregorio Marañón. Madrid; 1960. p. 107–8.
319. Aranguren J. El humanismo moral de Marañón. In: Papeles de Son Armadans. Palma de Mallorca; 1961. p. 303–7.
320. Marañón G. La reducción de los estudios de medicina. Pueblo. Madrid; 1960 Feb 5;OC X, 144–5.
321. Marañón G. (Crítica de libros) Patología de las pequeñas articulaciones intervertebrales (P. Barceló y J. Vilaseca). Boletín del Inst Patol Médica. 1948;III(4):OC, IV, pp. 1132–3.

322. Marañón G. Sobre los prólogos y sobre los celos. In: Los celos (J Rodríguez del Castillo). 1946. p. OC, I, pp. 701–7.
323. Marañón G. Lección inaugural del Curso de perfeccionamiento en Endocrinología. 1950 p. OC X, 246–7.
324. Marañón G. Climaterio y senilidad. 1950 p. OC, III, pp. 697–709.
325. Marañón G. Sobre la familia de Pascual Duarte. In: La familia de Pascual Duarte, (CJ Cela). Espasa Calpe; 1946. p. OC, I, pp. 695–700.
326. Marañón G. El problema de los hospitales. El Liberal. 1920;OC, IV, pp.39–40.
327. Cornide Ferrant E. Apasionante biografía de Gregorio Marañón: Un hombre para la historia. La Coruña: Ed Maxan.; 1999.
328. Marañón G. Amiel. Un estudio sobre la timidez. Rev Occident. 1931;Año IX(CII):OC, IV, pp.205–20.
329. Marañón G. Problemas endocrinos de la Otorrinolaringología. 1949 p. OC X, 621.
330. Marañón G. Los muertos de hambre. El Siglo Médico. Madrid; 1921 Jul 9;OC, IV, 47–8.
331. Marañón G. El verano de los niños pobres. El Liberal. Madrid; 1921 Jul 17;OC, IV, p. 49.
332. Marañón G. El tifus exantemático. El Liberal. Madrid; 1920 Sep 19;OC, IV, pp.35–6.
333. Marañón G. El problema de las Hurdes. Vida médica. Madrid; 1922 Jul 25;OC, IV, pp.55–7.
334. Barona JL. Achúcarro, Marañón, Negrí. Medicina y compromiso. Entre la experimentación y la política. Nivola, editor. Madrid; 2001.
335. Marañón G. El médico en la guerra. In: Terapéutica de los gaseados de guerra (Antonio Piga). Espasa Calpe; 1936. p. OC, I, pp.179–80.
336. Marañón G. A los médicos del Cantón de Vaud. 1939 p. OC, II, pp. 363–5.
337. Martínez Pina Á. Enciclopedia del carácter y los caracteres. Ángel Martínez Pina, editor. 2015. 578 p.
338. Marañón G. Mi amor a la Universidad. 1946 p. OC, II, pp. 425–8.
339. Marañón G. El problema de la segunda enseñanza. In: Anatomía y fisiología humanas con nociones de higiene (SAlvarado). Barcelona; 1934. p. OC, I, pp. 137–9.
340. Marañón G. Misael Bañuelos. Boletín del Inst Patol Médica. 1954;IX(7):OC, IV, p.1094.
341. Marañón G. Agustín del Cañizo. 1947 p. OC, II, pp. 433–5.
342. Marañón G. El profesor Nelson Chaves. 1957 p. OC, II, pp. 565–6.
343. Marañón G. Una deuda de gratitud. 1957 p. OC, III, pp. 853–4.
344. Marañón G. En el homenaje al doctor Goyanes. 1930 p. OC, II, pp. 263–5.

345. Marañón G. Lección inaugural de la Cátedra de Endocrinología. Segunda época. 1946.
346. Marañón G. Un hombre fuera de lo común. In: La pesca de la lubina en el litoral de Asturias (J Gacia Morán). Espasa Calpe; 1953. p. OC, I, pp. 879–81.
347. Marañón G. En el homenaje al profesor Morros Sardá. 1951 p. OC, II, pp. 465–7.
348. Marañón G. Carlos García Peláez. Boletín del Inst Patol Médica1. 1956;XI(9):OC, IC, p.1103.
349. Marañón G. Españoles fuera de España. Buenos Aires (Argentina); 1940. OC IX, pp. 271-317.
350. Marañón G. Mi epístola de San Pablo. In: Elementos de Fisiología (J Morros Sardá). Espasa Calpe; 1931. p. OC, I, pp. 103–5.
351. Marañón G. Presentación. In: Psicología Industrial, (C R Arango). Espasa Calpe; 1958. p. OC, I, pp. 395–7.
352. Lucaks J. Sangre, sudor y lágrimas. Madrid; 2008.
353. Marañón G. El aspecto endocrino del envejecimiento. In: Obras Completas Tomo III. Madrid; 1949. p. OC, III, pp. 675–89.
354. Marañón G. La popularidad de un escritor. In: Obras Completas, (S González Anaya). Espasa Calpe; 1948. p. OC, I, pp. 751–8.
355. Marañón G. Los estados intersexuales en la especie humana. 1928 p. OC III, pp.155–85.
356. Bergareche J. Cuartillas necrológicas leídas en la velada necrológica celebrada en el Club 69. 1960.
357. Marañón G. La aproximación fisiológica. In: Metabolismo basal (J Fernández Noguera). Madrid; 1953. p. OC X, pp.211–2.
358. Marañón G. Un libro debajo del brazo. In: Síndromes circulatorios de urgencia, de A Duque. 1949. p. OC, I, pp. 285–6.
359. Marañón G. Sobre la enseñanza de la medicina. Gaceta Médica Española. Madrid; 1927;OC, IV, p. 121.
360. Marañón G. Enseñanza y oposiciones. Ya. Madrid; 1959 Sep 22;OC, IV, pp.1047–8.
361. Marañón G. EL doctor Pedro Farreras, catedrático. Boletín del Inst Patol Médica. 1959;XIV(5):OC, IV, p.1031.
362. Solsona F, Ferrández Longás Á. Gregorio Marañón, médico. Cuad del Ateneo Zaragoza. 1994;(25).
363. Albarracín A. Retrato de Pedro Laín Entralgo. Barcelona: Círculo de lectores; 1988.
364. Laín Entralgo P. Descargo de conciencia (1930-1960). 1st ed. Barcelona: Barral Editores;

1976. 516 p.
365. Gracia D. Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo. 1st ed. Madrid: Triacastela; 2010. 717 p.
366. Laín Entralgo P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela; 1998. 775 p.
367. Laín Entralgo P. Enfermedad y pecado. Barcelona: Toray; 1961. 125 p.
368. Laín Entralgo P. Obras. 1965: Plenitud; 1965. 1211 p.
369. Orringer NR. La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo. Barcelona: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores; 1997. 357 p.
370. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003. 321 p.
371. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. 2nd ed. Rubí (Barcelona): Anthropos; 2005. 237 p.
372. Platón. Obras Completas. Digital. Centaur Editions; 2013.
373. Laín Entralgo P. Cajal, Unamuno, Marañón. Tres Españoles. Barcelona: Círculo de Lectores; 1988. 229 p.
374. Laín Entralgo P. La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría. Revista de Occidente, editor. Madrid: Castilla; 1964. 497 p.
375. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. 1st ed. Elsevier Masson; 1998.
376. Gracia D, Peset JL. La medicina como Ars. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
377. Laín Entralgo P. Teoría y realidad del otro. Madrid: Revista de Occidente; 1968.
378. Valdeón J. Historia de las civilizaciones y del arte. Madrid: Anaya; 1985.
379. Guerra F. Historia de la Medicina. Madrid: Norma; 1982.
380. Riera J. Historia, Medicina y Sociedad. Madrid: Pirámide; 1985.
381. Jetter D. Los Hospitales en la Edad Media. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
382. Gracia D, Peset JL. La sociedad ante el médico: la sátira de Petrarca. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
383. Gracia D, Peset JL. Regulación legal creciente y ética médica. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
384. Gracia D, Peset J. Medicina y sapientia. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
385. Gracia D, Peset JL. Medicina y Prudentia. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier

- Masson; 1998.
386. Gracia D, Peset JL. La enseñanza y el ejercicio de la medicina. In: Historia Universal de la Medicina. Elsevier Masson; 1998.
387. Montiel L. Alquimia del dolor. Estudios sobre medicina y literatura. Publicacions, editor. Tarragona: URV; 2014.
388. Laín Entralgo P. La medicina actual. 1st ed. Madrid: Seminarios y ediciones SA; 1973. 259 p.
389. Laín Entralgo P. Antropología Médica para clínicos. Barcelona: Salvat; 1984. 510 p.
390. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Semfyc ediciones; 2004.
391. Allport GW. Personality: A psychological interpretation. Holt, editor. 1937th ed. New York: Paidós, 1970; 1937; Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1938-01964-000>
392. La Monica E, Wolf RM, Madea A, Oberst M. Empathy and Nursing Care Outcomes. Sch Inq Nurs Pract. 1987;1(3): pp. 197–213.
393. Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. J Gen Intern Med. UNITED STATES; 1994 Apr;9(4):222–6.
394. Brock CD, Salinsky J V. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. Fam Med. UNITED STATES; 1993 Apr;25(4):245–8.
395. Laín Entralgo P. Medicina e historia. Madrid: Escorial; 1941. 363 p.
396. Laín Entralgo P. Hacia la recta final : revisión de una vida intelectual. Madrid: Galaxia Gutenberg ; 1998.
397. Balínt M. The Doctor, His Patient and His Illness. 2nd ed. London: Pitman Medical Publishing Company; 1966. 395 p.
398. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y Teoría. Barcelona: Salvat; 1988. 425 p.
399. Unamuno M de. La esfinge. La venda. Fedra. Madrid: Clásicos Castalia; 1988. 235 p.
400. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. Madrid: Cátedra; 2007.
401. Maragall J. Elogio de la palabra y otros artículos. Salvat Editores; 1970.
402. Laín Entralgo P. El silencio y la palabra del médico. Arch Iberoam Hist la Med y Antropol Médica. 1961;XIII:25–40.
403. Davis F. La comunicación no verbal. Alianza Editorial; 1998.
404. Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós Ibérica; 1988.

405. Pittenger RE, Hockett CF, Danehy JJ. The first five minutes: a sample of microscopic interview analysis. Ithaca, New York: Paul Martineau; 1960.
406. Rof Carballo J. Los primeros cinco minutos de la entrevista médica. *Bol Soc Esp Hist Med.* 1962;II.
407. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA.* United States; 2002 Dec;288(22):2880–3.
408. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* ENGLAND; 2000 Feb;320(7233):484–8.
409. Thom D et al. Patients trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pr.* 2002;19:476–83.
410. Champion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P. Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. Membership of the Royal College of General Practitioners. *BMJ.* England; 2002 Sep;325(7366):691–2.
411. Byrne P, Long B. *Doctors Talking to Patients.* London: Her Majesty's Stationery Office ; 1976. 195 p.
412. Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. Communication Patterns of Primary Care Physicians in the United States and The Netherlands. *J Gen Intern Med [Internet].* Blackwell Science Inc; 2003 May;18(5):335–42. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494863/>
413. Williams M V, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* United States; 2002 May;34(5):383–9.
414. Pérez Rodríguez E. Estilos de consulta de los médicos especialistas y su relación con la percepción y satisfacción de los pacientes sobre el encuentro clínico. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba; 2004.
415. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract.* England; 2002 Apr;19(2):178–82.
416. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med.* United States; 2002 May;34(5):353–61.
417. Arborelius E, Damstrom Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Fam Pract.* ENGLAND; 1995 Dec;12(4):419–22.
418. Fogarty CT, Burge S, McCord EC. Communicating with patients about intimate partner

- violence: screening and interviewing approaches. *Fam Med*. United States; 2002 May;34(5):369–75.
419. Martin FJ, Bass MJ. The impact of discussion of non-medical problems in the physician's office. *Fam Pract*. ENGLAND; 1989 Dec;6(4):254–8.
 420. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. UNITED STATES; 2000 Sep;49(9):796–804.
 421. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ Br Med J* [Internet]. *BMJ*; 2001 Feb 24;322(7284):468. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26564/>
 422. Turner J, Deyo R, Looser J, von Korff M, Fordyce W. La importancia de los efectos placebo en el tratamiento y en la investigación del dolor. *JAMA*. 1994;3:652–8.
 423. BEECHER HK. The powerful placebo. *J Am Med Assoc*. Not Available; 1955 Dec;159(17):1602–6.
 424. Dixon DM, Sweeney KG, Gray DJ. The physician healer: ancient magic or modern science? *Br J Gen Pract* [Internet]. 1999 Apr;49(441):309–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313401/>
 425. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* (London, England). England; 2001 Mar;357(9258):757–62.
 426. Albarracín A. Pedro Laín, historia de una utopía. Madrid: Espasa Calpe; 1994. 159 p.
 427. Laín Entralgo P. Cuerpo y alma. Madrid: Espasa Universidad ; 1991. 299 p.
 428. Barrio J. Historia de la Filosofía. 6th ed. Barcelona: Vicens Vives; 1984.
 429. Baca Baldomero E. La crisis y las deficiencias del sistema. *Claves de Razón Práctica*. 2013;(226):11.
 430. Altisent Trota R, Martín Espaldona M, Serrat Moré D. Ética en Medicina de Familia. In: Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica Martín Zurro y Cano Pérez Vol I. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
 431. Hidalgo Carballal A et al. El Facultativo, la deontología y la ley. In: Curso de Formación Continuada en Atención Primaria, editor. Medicina Legal y Deontología en la Consulta de Atención Primaria. Madrid; 2007.
 432. Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastella; 2004.

- 433. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2nd ed. Madrid: Triacastela; 2007. 157 p.
- 434. Collins Francis S. ¿Cómo habla Dios? La evidencia científica de la fe. Madrid: Temas de hoy; 2007.
- 435. Gracia D. Voluntad de Verdad. Para leer a Zubiri. Madrid: Triacastela; 2008.
- 436. Drane JF. Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics. Kansas City, Montana: Sheed & Ward,; 1988.
- 437. Pérez Peña F. Los últimos clínicos de San Carlos, estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Parte primera. Hasta su cierre en octubre de 1965. Visión Net; 2005.